CUENTA DE COBRO N° 02	
DATOS ENTIDAD CONTRATANTE	
ENTIDAD	ALCALDIA MUNICIPAL SOATA
NIT	891.855.016-1
DATOS CONTRATISTA	
NOMBRE	YUDY ANGELICA OTALORA RODRIGUEZ
CEDULA	33376368 DE TUNJA
PERIODO A COBRAR	
FECHA INICIO	21-03-2024
FECHA FINAL	20-04-2024
POR CONCEPTO DE	
CONCEPTO	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DE CARÁCTER ASISTENCIAL PARA EL SERVICIO DE SANIDAD ANIMAL EN EL MUNICIPIO DE SOATÁ"
VALOR	UN MILLÓN SEISCIENTOS (1.600.000)
FAVOR CONSIGNAR EL VALOR DE ESTA CUENTA DE COBRO AL:	
BANCO	BANCO AGRARIO DE COLOMBIA
TIPO CUENTA	AHORROS
CUENTA N°	415760069723
FIRMA:	

Yudy Angelica Otalora R

YUDY ANGELICA OTALORA RODRIGUEZ
33376368 DE TUNJA

Banco Agrario de Colombia
El Banco que hace crecer el campo

Nit : 800.037.800-8

CERTIFICACION

El Banco Agrario de Colombia, certifica que: OTALORA RODRIGUEZ YUDY ANGELICA, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA No. 33376368, se encuentra vinculado(a) con nuestra entidad en el producto de: AHO - CUENTAS AHORROS, número 4-157-60-06972-3, en estado ACTIVA.

Se expide en SOATA, a los veinte (20) días del mes de enero de 2024, con destino a: AL INTERESADO.

Banco Agrario de Colombia
Of. Soata - Boyaca

Ana Ordandiz
DIRECTOR (A) OFICINA

FIRMA AUTORIZADA

INFORME DE ACTIVIDADES

NÚMERO DE INFORME	2
PERIODO DE SEGUIMIENTO	21-03-2024 a 20-04-2024
FECHA DE ELABORACIÓN	17 DE MAYO 2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA	YUDY ANGELICA OTALORA RODRIGUEZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR	JENNIFER ROCIO PUENTES SOCHA
NÚMERO DE CONTRATO	CPS-MS-N-026-2024
VALOR A COBRAR	UN MILLÓN SEISCIENTOS (1.600.000)

Mediante el presente informe me permito allegar las actividades que realicé, el estado de su cumplimiento y la evidencia que los respalda.

ACTIVIDAD	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
1. Realizar la actualización del censo de caninos en condición de calle.	Se realiza un estudio que nos permite conocer de manera aproximada la cantidad de perros deambulantes en el municipio de soata	Se realizó por medio de una encuesta que reposa en la extensión rural
2. Apoyar las jornadas de esterilización, vacunación y desparasitación en caninos y felinos, que se realicen en el Municipio de Soatá – Departamento de Boyacá.	Se realizaron esterilizaciones, acompañadas de vacunación y desparasitación siendo una estrategia saludable que conlleva bastantes beneficios para caninos y felinos de todas las razas en condiciones de calle.	Evidencia Fotográfica
3. Realizar seis (6) jornadas de capacitación sobre tenencia responsable de caninos y felinos en el Municipio de Soatá.	Concientizar al propietario del animal de forma personalizada a ofrecerle condiciones dignas y adecuadas de alojamiento, alimentación y buen trato cuando decide aceptar y mantener una mascota.	Evidencia Fotográfica
4. Brindar cuidado y sostenimiento de veinte (20) caninos en condición de vulnerabilidad del Municipio de Soatá Departamento de Boyacá.	Se le ha brindado atención a 14 animales en estado de vulnerabilidad; se les ha prestado valoración médica, tratamiento de heridas, desparasitación interna y externa, suministro de complejos multivitamínicos, administración de antibióticos manejo para el dolor , y otras afecciones según se requiera .	Evidencia Fotográfica
5. Realizar seis (6) jornadas de adopción de caninos y felinos en el Municipio de Soatá.	Se han realizado capacitación personalizada a cada una de las personas que han realizado el proceso de adopción haciéndoles saber el compromiso que se debe tener con cada uno de ellos.	Evidencia Fotográfica actas de adopción

6. Apoyar en la correcta gestión, producción y custodia del archivo de gestión, además de diligenciar el formato FUID para los archivos producidos en el marco de la ejecución de su contrato.	Se alimenta el fuid periódicamente	Se entrega la respectiva documentación contractual
7. Cumplir con las normas y responsabilidades del sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.	Se realiza el pago de seguridad social en salud obteniendo de esta forma beneficios como trabajador.	Planillas seguridad social
8. Las demás que se le asignen de acuerdo al objeto del contrato, por parte del Alcalde y el supervisor del contrato.	Estar atenta al llamado por parte del supervisor o la extensión rural	Se han recibido caninos para su debido cuidado y protección.

Allego a este informe el pago de mi seguridad social referente al mes de mes ABRIL número de planilla N° 1063557695 y la respectiva cuenta de cobro.

Atentamente:

Yudy Angelica Otalora R.

YUDY ANGELICA OTALORA RODRIGUEZ

CC 33.376.368 de Tunja

CONTRATISTA

SOPORTES FOTOGRAFICOS

VALORACION MEDICA Y TRATAMIENTO DE HERIDAS:

1) **Canino con laceracion cuello .**





2) **Canino con fractura**





3) **Orquiectomia a canino**

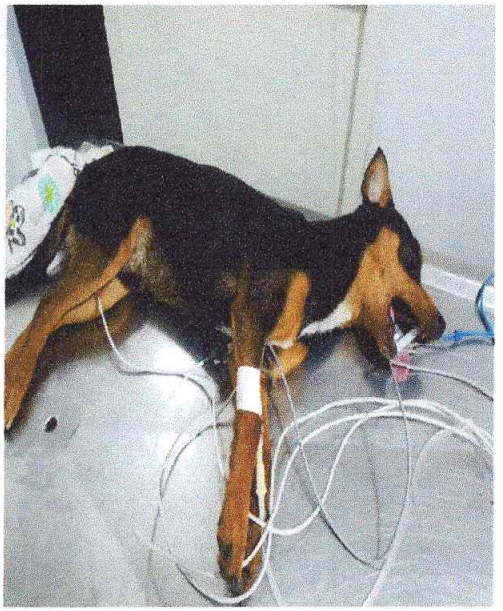


DESPARACITACION INTERNA



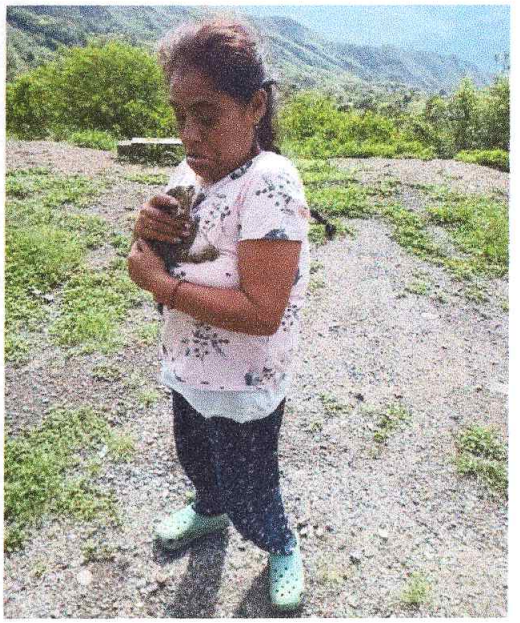
ESTERILIZACIONES:

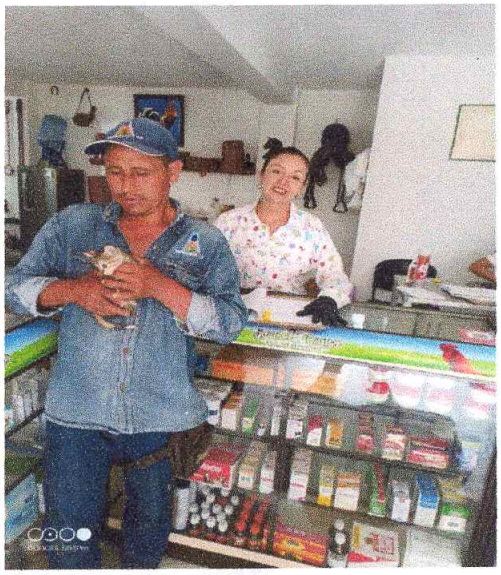


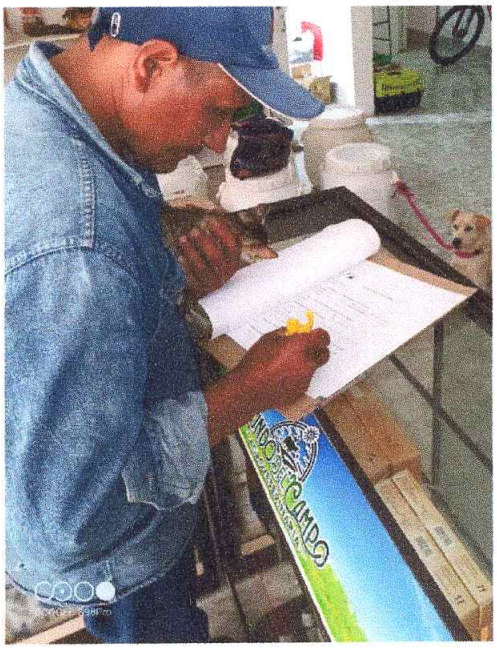


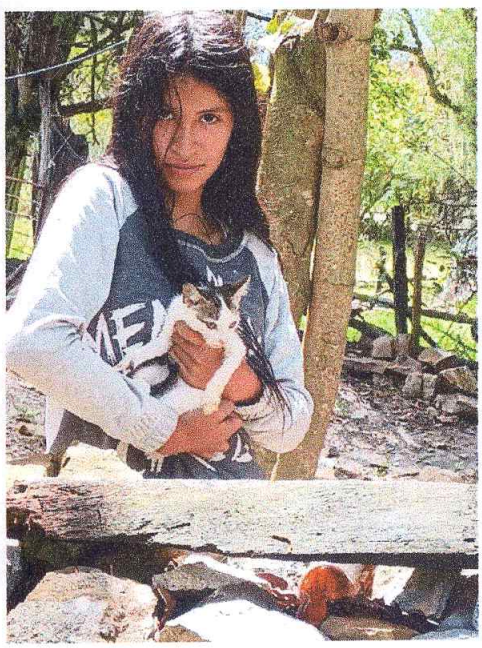
ADOPCIONES FELINAS:





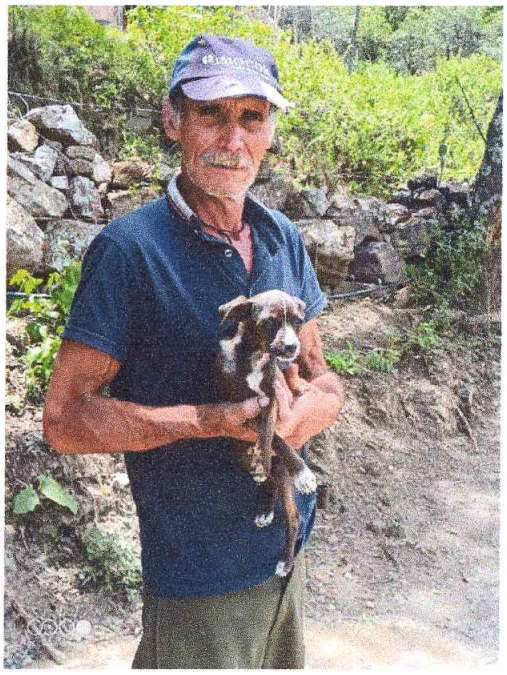




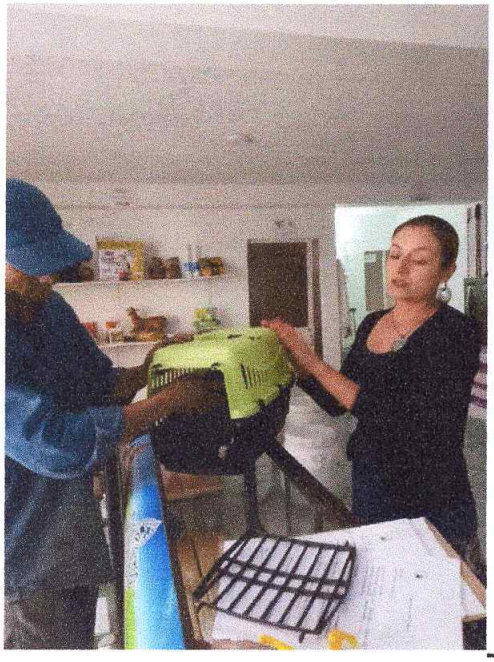


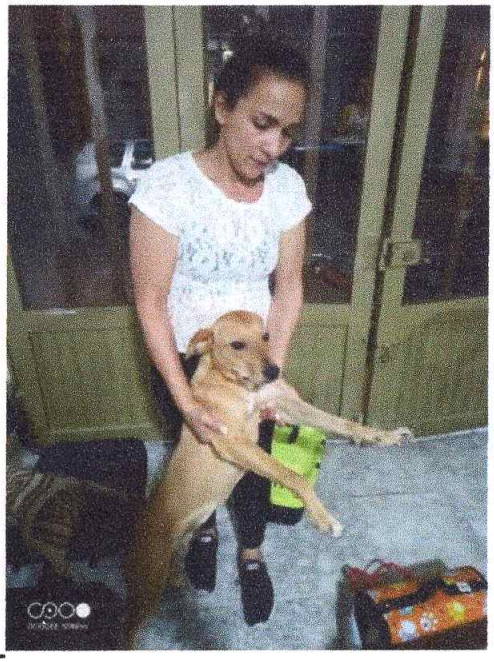
ADOPCIONES CANINAS :





RECIBIMIENTO DE CANINOS Y FELINOS AL ALBERGUE :





FORMATO DE ADOPCION ANIMAL

SOATA -BOYACA

FECHA: 11-03-24

❖ **DATOS GENERALES DE LA PERSONA QUE ESTA ADOPTANDO:**

MOMBRE Rodyn Ale Pico **EDAD** 444 **C.C** 4253273

TELEFONO 3143436956 **CORREO ELECTRONICO** _____

OCUPACION: agricola

❖ **DATOS GENERALES DE LA MASCOTA QUE SE ESTA ADOPTANDO:**

NOMBRE _____ EDAD 1 mes

RAZA Felina SEXO Macho

OBSERVACIONES DE LA ENTRGA DEL ANIMAL:

Se entrega animal (felino) desparacitado en buen estado de Salud.

CONDICIONES:

El adoptante se comprometerá a dar al animal buena alimentación atenciones convivir con el, así como ofrecerle un lugar adecuado. (proporcionarle una buena calidad de vida)

El animal recibirá siempre la atención medica necesarios y estos gastos a cargos del adoptante

DECLARO ACEPTAR ESTAS CONDICIONES: **SI:** X **No:** ____

Angelica Otálora R

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

Rodyn Ale Pico

FIRMA DE QUIEN ADOPTA

FORMATO DE ADOPCION ANIMAL

SOATA -BOYACA

FECHA: 16-03-24

❖ **DATOS GENERALES DE LA PERSONA QUE ESTA ADOPTANDO:**

MOMBRE Yelmy P. Mora **EDAD** 22 **c.c** 1002300811

TELEFONO 310-206-99-52 **CORREO ELECTRONICO** _____

OCUPACION: Casa

❖ **DATOS GENERALES DE LA MASCOTA QUE SE ESTA ADOPTANDO:**

NOMBRE Luna EDAD 5meses

RAZA criolla SEXO hembra

OBSERVACIONES DE LA ENTRGA DEL ANIMAL:

Se entrega esterilizada, purgada interna y externamente animal en buen estado de Salud.

CONDICIONES:

El adoptante se comprometerá a dar al animal buena alimentación atenciones convivir con el, así como ofrecerle un lugar adecuado. (proporcionarle una buena calidad de vida)

El animal recibirá siempre la atención medica necesarios y estos gastos a cargos del adoptante

DECLARO ACEPTAR ESTAS CONDICIONES: **SI:** X **No:** ____

Angelica Olaya R. Jamy Mora V.

FIRMA DE QUIEN ENTREGA **FIRMA DE QUIEN ADOPTA**

FORMATO DE ADOPCION ANIMAL

SOATA -BOYACA

FECHA: 11-03-24

❖ **DATOS GENERALES DE LA PERSONA QUE ESTA ADOPTANDO:**

MOMBRE Luis Eduardo Osorio **EDAD** 56. **C.C** 4'252'261

TELEFONO _____ **CORREO ELECTRONICO** _____

OCUPACION: Trabajador del campo

❖ **DATOS GENERALES DE LA MASCOTA QUE SE ESTA ADOPTANDO:**

NOMBRE _____ **EDAD** 6 meses

RAZA Criolla **SEXO** hembra

OBSERVACIONES DE LA ENTRGA DEL ANIMAL:

Se entrega canina desparacitada, esterilizada en buen estado de Salud.

CONDICIONES:

El adoptante se comprometerá a dar al animal buena alimentación atenciones convivir con el, así como ofrecerle un lugar adecuado. (proporcionarle una buena calidad de vida)

El animal recibirá siempre la atención medica necesarios y estos gastos a cargos del adoptante

DECLARO ACEPTAR ESTAS CONDICIONES: **SI:** X **No:** ____

Angelica Alvarado

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

Luis Eduardo Osorio

FIRMA DE QUIEN ADOPTA

FORMATO DE ADOPCION ANIMAL

SOATA -BOYACA

FECHA: 9-04-24

❖ **DATOS GENERALES DE LA PERSONA QUE ESTA ADOPTANDO:**

MOMBRE Carlos J Salamanca **EDAD** 47 **C.C** 4'253'155.

TELEFONO 311-210-35-64 **CORREO ELECTRONICO** _____

OCUPACION: T. campo

❖ **DATOS GENERALES DE LA MASCOTA QUE SE ESTA ADOPTANDO:**

NOMBRE Motas. EDAD 2 meses

RAZA criolla SEXO Macho

OBSERVACIONES DE LA ENTRGA DEL ANIMAL:

Se entrega con vacuna, desparacto

CONDICIONES:

El adoptante se comprometerá a dar al animal buena alimentación atenciones convivir con el, así como ofrecerle un lugar adecuado. (proporcionarle una buena calidad de vida)

El animal recibirá siempre la atención medica necesarios y estos gastos a cargos del adoptante

DECLARO ACEPTAR ESTAS CONDICIONES: **SI:** X **No:** ____

Angelica Global

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

FIRMA DE QUIEN ADOPTA

FORMATO DE ADOPCION ANIMAL

SOATA -BOYACA

FECHA: 10-04-24

❖ **DATOS GENERALES DE LA PERSONA QUE ESTA ADOPTANDO:**

MOMBRE Estrella Moncipe **EDAD** 66 **c.c** 24'059.214

TELEFONO _____ **CORREO ELECTRONICO** _____

OCUPACION: Trabajadora del campo

❖ **DATOS GENERALES DE LA MASCOTA QUE SE ESTA ADOPTANDO:**

NOMBRE _____ **EDAD** _____

RAZA felina **SEXO** hembra

OBSERVACIONES DE LA ENTRGA DEL ANIMAL:

Se entrega desparacitada, en buen estado de salud.

CONDICIONES:

El adoptante se comprometerá a dar al animal buena alimentación atenciones convivir con el, así como ofrecerle un lugar adecuado. (proporcionarle una buena calidad de vida)

El animal recibirá siempre la atención medica necesarios y estos gastos a cargos del adoptante

DECLARO ACEPTAR ESTAS CONDICIONES: **Sí:** X **No:** ____

Angelica Alabord

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

Estrella Moncipe

FIRMA DE QUIEN ADOPTA

FORMATO DE ADOPCION ANIMAL

SOATA -BOYACA

FECHA: 23-04-24

❖ **DATOS GENERALES DE LA PERSONA QUE ESTA ADOPTANDO:**

MOMBRE Angy velandia **EDAD** 25 **c.c** 1057548626

TELEFONO 321-376-59-88 **CORREO ELECTRONICO** _____

OCUPACION: _____

❖ **DATOS GENERALES DE LA MASCOTA QUE SE ESTA ADOPTANDO:**

NOMBRE Danti EDAD _____

RAZA felina SEXO M

OBSERVACIONES DE LA ENTRGA DEL ANIMAL:

El animal se encuentra en perfecta condiciones animal desparacitado externamente

CONDICIONES:

El adoptante se comprometerá a dar al animal buena alimentación atenciones convivir con el, así como ofrecerle un lugar adecuado. (proporcionarle una buena calidad de vida)

El animal recibirá siempre la atención medica necesarios y estos gastos a cargos del adoptante

DECLARO ACEPTAR ESTAS CONDICIONES: **SI:** X **No:** _____

Angelica Otálora

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

FIRMA DE QUIEN ADOPTA

EL MUNDO DEL CAMPO
AGROVETERINARIA

FORMATO HISTORIA CLINICA VETERINARIA

1) IDENTIFICACION DE LA HISTORIA CLINICA

FECHA	HORA
18 - 03 - 24	4:00 pm

2) DATOS DEL PROPIETARIO:

PROPIETARIO:	RESPONSABLE:
NOMBRE: Animal de la calle	APELLIDO: —
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: —	
DIRECCION DE RESIDENCIA: —	
TELEFONO CELULAR: —	

3) RESEÑA:

NOMBRE DEL PACIENTE	ESPECIE
RAZA Criollo	SEXO Hocho.
FECHA DE NACIMIENTO	PESO 12 KG
COLOR Y TIPO DE PELAJE	ORIGEN /PROCIDENCIA
OTRA IDENTIFICACION / SEÑALES `PARTICULARES	

4) ANAMNESIS :

DIETA:	Comida de sal ✓ Concentrado_____ Variado_____
ENFERMEDADES PREVIAS	Debilidad ✓ Fiebre ✓ Temblor muscular ✓ Vomito _____ Diarrea _____
Esterilizado	Si _____ No_____
Partos	Nº ____

CIRUGIAS PREVIAS	—
ESQUENA VACUNAL	—
ULTIMA DESPARACITACION Y PRODUCTO	—
TRATAMIENTOS RECIENTES	—
COMPORTAMIENTO DEL ANIMAL	SALIVACION EXCESIVA ___ FALTA DE MOVILIDAD DE LOS MIEMBROS ✓ FATIGADO ✓ OTROS ___ Herida en el cuello
MOTIVO DE CONSULTA	Ulceración en cuello

5) EXAMEN FISICO GENERAL

TºC :	40	VN : 37.5-39.0	FC (L/MIN)	160	VN: 60 - 180
FR (R/MIN)	26	VN : 10-40 RPM	TLLC (SEG)		VN:
TRPC (seg)		VN: ≤ 2	PULSO		VN:
Mucosas		VN:			
OTROS:					

6) *EXAMENES COMPLEMENTARIOS Y RESULTADOS:*

FECHA DE ORDEN PRUEBA	EXAMEN	RESULTADOS

7) DIAGNOSTICO PRESUNTIVO JUSTIFICADOS

Miasis por mordedura de otro perro.

8) DIAGNOSTICO DEFINITIVO

Herida de cuello.

9) TRATAMIENTO

- Limpieza con Yodo, Jabon antiseptico
- Se le aplico Antibiotico, Analgesico Antipiretico, Antiflamatorio.

10) EVOLUCION:

FECHA / HORA	OBSERVACIONES

11) NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL

MUNDO DEL CAMPO AGROVETERINARIA NIT. 33376368-9

FIRMA
C.C

EL MUNDO DEL CAMPO
AGROVETERINARIA

FORMATO HISTORIA CLINICA VETERINARIA

1) IDENTIFICACION DE LA HISTORIA CLINICA

FECHA	HORA
23 - 04 - 24	3:30 pm.

2) DATOS DEL PROPIETARIO:

PROPIETARIO:	RESPONSABLE:
NOMBRE:	APELLIDO:
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION:	
DIRECCION DE RESIDENCIA:	
TELEFONO CELULAR:	

3) RESEÑA:

NOMBRE DEL PACIENTE	ESPECIE
RAZA Criollo	SEXO
FECHA DE NACIMIENTO	PESO
COLOR Y TIPO DE PELAJE	ORIGEN /PROCIDENCIA
OTRA IDENTIFICACION / SEÑALES `PARTICULARES	

4) ANAMNESIS :

DIETA:	*Comida de sal* ✓ Concentrado_____ *Variado*_____
ENFERMEDADES PREVIAS	Debilidad _____ Fiebre_____ Temblor muscular _____ Vomito _____ Diarrea _____
Esterilizado	Si _____ No_____
Partos	Nº _____

CIRUGIAS PREVIAS	
ESQUENA VACUNAL	
ULTIMA DESPARACITACION Y PRODUCTO	
TRATAMIENTOS RECIENTES	
COMPORTAMIENTO DEL ANIMAL	SALIVACION EXCESIVA ____ FALTA DE MOVILIDAD DE LOS MIEMBROS _____ FATIGADO _____ OTROS _____
MOTIVO DE CONSULTA	Ingresa el pote con posible fractura o lesión miembro anterior derecho.

5) EXAMEN FISICO GENERAL

TºC :	38	VN : 37.5-39.0	FC (L/MIN)	100	VN: 60 - 180
FR (R/MIN)	30	VN : 10-40 RPM	TLLC (SEG)		VN:
TRPC (seg)		VN: ≤ 2	PULSO		VN:
Mucosas		VN:			
OTROS:					

6) *EXAMENES COMPLEMENTARIOS Y RESULTADOS:*

FECHA DE ORDEN PRUEBA	EXAMEN	RESULTADOS

7) DIAGNOSTICO PRESUNTIVO JUSTIFICADOS

Fractura miembro anterior derecho.

8) DIAGNOSTICO DEFINITIVO

Desgunce miembro anterior derecho.

9) TRATAMIENTO

Se inmobiliza el miembro anterior derecho con benda y suretadores, se aplica analgesico antinflamatorio.
Se recomienda dejar inmovilizado por 10 dias.

10) EVOLUCION:

FECHA / HORA	OBSERVACIONES

11) NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL



FIRMA
C.C

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-05-08, 02:53:27 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	abril de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	abril de 2024
Empresa	OTALORA RODRIGUEZ YUDY
CEDULA CIUDADANIA	CC 33376368
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1063557695
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	627596959
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 377.300
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0
N900156264	EPS037	NUEVA EPS	1	$ 162.500	$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	$ 6.800	$ 0
		SubTotales:		$ 377.300	$ 0
		Total a Pagar:			$ 377.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-05-08, 02:57:19 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1063557695

Periodo Cotización: abril de 2024 **Periodo Servicio:** abril de 2024

PAGADO 08/05/2024

S DEL APORTANTE

ocial	OTALORA RODRIGUEZ YUDY		
nto	CC33376368	**Dirección**	CR 24 #13 - 13
Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7750616
sona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
	SOGAMOSO	**Departamento**	BOYACA
ntante Legal		**Identificación**	
iliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

LLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado			Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
YUDY ANGELICA OTALORA RODRIGUEZ	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 1.300.000	$ 162.500	0,522	$ 1.300.000	$ 6.800	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300

TALES

ensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 208.000	$ 162.500	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300	$ 0	$ 377.300

as de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.