De igual forma se realiza la toma de examen para la Detección de Virales (VIF/ Felv) a 20 Gatos los cuales se atendieron durante la ejecución del presente contrato.

VETERINARIA MI MASCOTA

TEST BIONOTE

INMUNODEFICIENCIA/LEUCEMIA FELINA

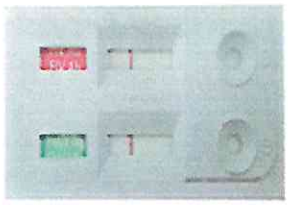
PACIENTE: MANDARINA PROPIETARIO: SHAROM CASTILLO FECHA: 31/05/2025

EDAD: 1 AÑO ESPECIE: FELINO SEXO: HEMBRA

PRUEBA PARA DETECCION DE ANTICUERPOS PARA INMUNODEFICIENCIA/LEUCEMIA FELINA POR CROMATOGRAFIA

(FIV Ab/FeLV Ag)

RESULTADO



- FIV Ab: NEGATIVO.
- FeLV. Ag: NEGATIVO.

NOTA: EN CASO DE CONSIDERARSE NECESARIO PUEDE REQUERIR LA REALIZACIÓN DE PCR.

Calle 15 Nº 10C- 58 local 2 Barrio El Estero Av. Marlocs
311 492 13 81 - 311 215 04 13
mimascotavillavo@hotmail.com

VETERINARIA MI MASCOTA

TEST BIONOTE

INMUNODEFICIENCIA/LEUCEMIA FELINA

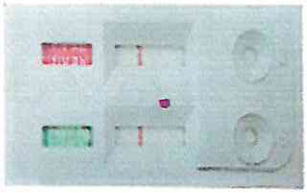
PACIENTE: DULCE PROPIETARIO: SARA GAITAN FECHA: 05/06/2025

EDAD: 1 AÑO ESPECIE: FELINO SEXO: HEMBRA

PRUEBA PARA DETECCION DE ANTICUERPOS PARA INMUNODEFICIENCIA/LEUCEMIA FELINA POR CROMATOGRAFIA

(FIV Ab/FeLV Ag)

RESULTADO



- FIV Ab: NEGATIVO.
- FeLV. Ag: NEGATIVO.

NOTA: EN CASO DE CONSIDERARSE NECESARIO PUEDE REQUERIR LA REALIZACIÓN DE PCR.

Calle 15 Nº 10C- 58 local 2 Barrio El Estero Av. Marlocs
311 492 13 81 - 311 215 04 13
mimascotavillavo@hotmail.com

Resultados de exámenes: (Test de Viraloes FIV-Felv)

ITEM	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	CANT	VALOR UNIRTAR	VALOR TOTAL
4	Suministro de alimento equivalente a 3 porciones diarias (purina y agua) necesarias a cada animal que se encuentra en el periodo de observación en el centro de zoonosis, de acuerdo a la especie y edad.	Unidad	442	$13.650	$5.746.000

Durante el periodo de ejecución del contrato, se garantizó el suministro de alimento a los animales que ingresaron al centro de zoonosis y que se mantuvieron en observación, conforme a lo establecido en el ítem 4 del contrato.

Durante el periodo de ejecución del contrato, se garantizó el suministro de alimento a los animales que ingresaron al centro de zoonosis y que permanecieron en observación, conforme a lo establecido en el ítem 4 del contrato.

A cada animal se le proporcionó alimentación balanceada, consistente en purina para perros cachorros de marca **CHUNKY CACHORRO,** CHUNKY **ADULTOS,** y para gatos **OMAIGAT, FELIX** la cual fue suministrada con agua potable, en tres raciones diarias, además de la purina y agua a los gatos se les manejo arena de la Marca **CALABAZA** que, aunque no estaban en el objeto del contrato el contratista asumió el costo de dicho insumo. La cantidad y tipo de alimento fueron determinadas con base en la especie y edad de cada animal, asegurando así su bienestar y el cumplimiento de las condiciones mínimas de salud durante su estancia en el centro.

Se relaciona tabla de alimento:

N°	MARCA	FECHA VENCI	LOTE	MEDIDA	CANTIDAD
1	CHUNKY CACHORRO	Agosto de 2026	N° 1308-3689	BULTO 9 K	2
2	CHUNKY ADULTO	Septiembre 2026	N° 0209-4222	BULTO 9 K	1
3	CHUNKY ADULTO	Febrero 2026	N° 1402-9654	BULTO 21 K	2
4	CHUNKY ADULTO	Abril 2026	N° 1404-1025	BULTO 21 K	2
5	OMAIGAT	Marzo 2026	N° 228-634	BULTO 8 K	1
6	OMAIGAT	Junio 2026	N° 369-406	BULTO 8 K	1
7	FELIX	Diciembre 2025	N° 0412-7851	BULTO 10 K	2
8	FELIX	Noviembre 2025	N° 1511-7337	BULTO 10 K	2
9	FELIX	Febrero 2026	N° 1721-0035	BULTO 10 K	1
10	FELIX	Febrero 2026	N° 1721-0035	BULTO 10 K	1
11	CALABAZA	Agosto 2025	N°2025C04	BULTO 10	2
11	CALABAZA	Abril 2027	N°2025B06	BULTO 25	3

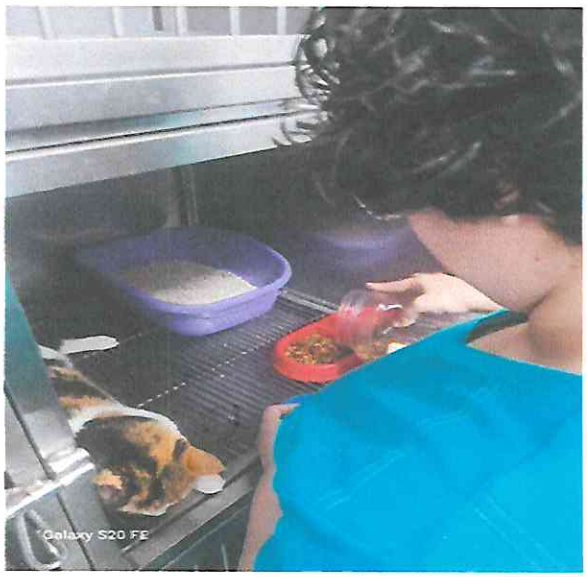
El suministro del alimento se realizó de forma fraccionada, por porciones diarias, de acuerdo con la demanda generada por el número de animales presentes en observación en cada jornada. Por esta razón, el insumo fue distribuido directamente según las necesidades diarias, sin ingresar a almacenamiento general.

Como soporte de esta actividad, se anexa un archivo en formato Excel donde se detallan las porciones entregadas diariamente a cada animal durante el periodo contractual, permitiendo así verificar la trazabilidad del suministro de alimento ya que no todos recibieron alimento desde el primer día de ingreso a el periodo de observación o aislamiento.

Se incluyen algunas fotos correspondientes a algunas de las jornadas de alimentación, los cuales evidencian el desarrollo habitual de la actividad y complementan el soporte del cumplimiento de esta obligación.









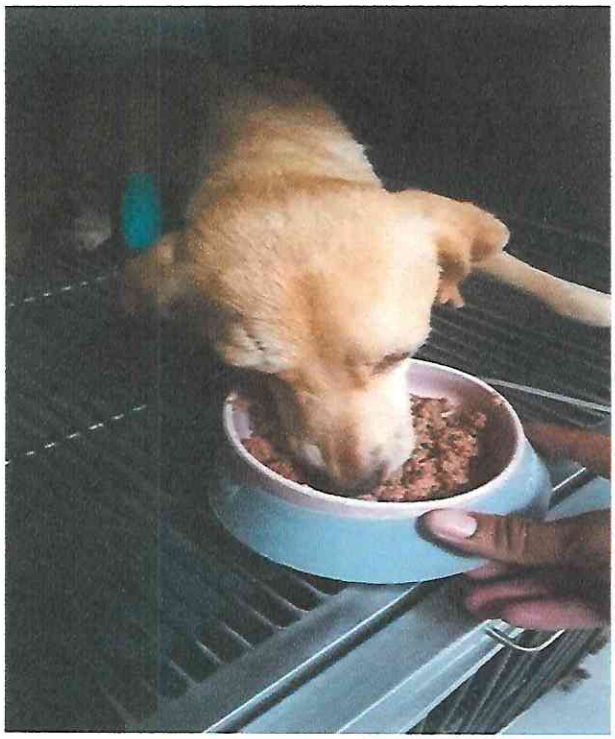








Fotos de Alimentación de Animales







Fotos de Alimentación de Animales







Fotos de Alimentos utilizados para alimentar pacientes

G65

	A	B	C	D
1	N°	NOMBRE PACIENTE	N° HISTORIA CLINICA	RACIONES GENERALES DE CADA PACIENTE
2	1	TEO	001	7
3	2	LOGAN	002	5
4	3	REINA	003	8
5	4	LUNA	004	8
6	5	AGATHA	005	8
7	6	MANCHAS	006	10
8	7	VEKY	007	8
9	8	KIRA	008	7
10	9	KIRA	009	8
11	10	CLOE	010	0
12	11	SASY	011	0
13	12	ATENEA	012	7
14	13	TITO	013	7
15	14	FATIMA	014	7
16	15	CLOE	015	8
17	16	MAX	016	7
18	17	KIARA	017	7
19	18	PANCHA	018	7

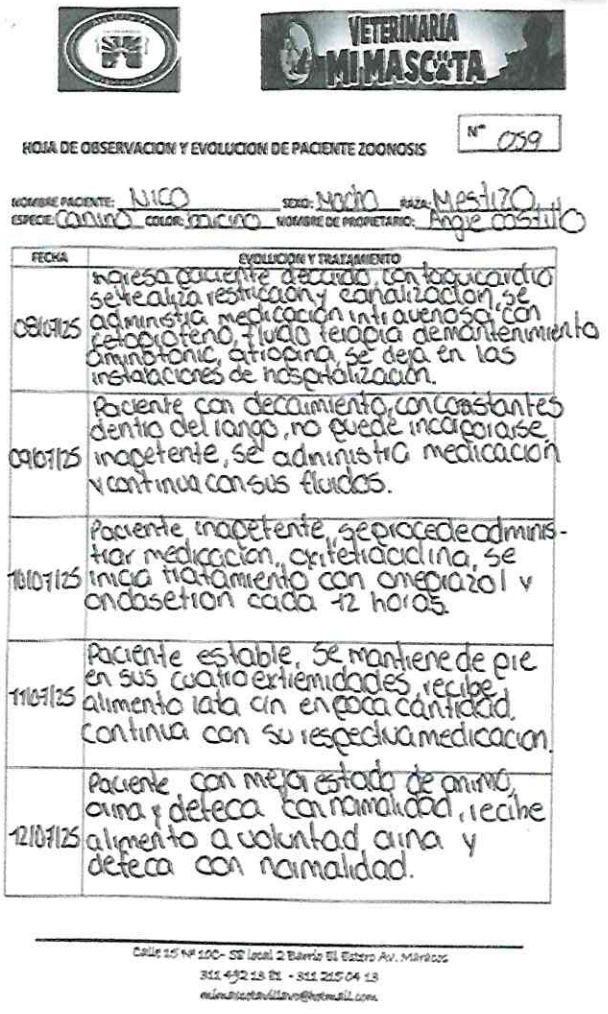
Ilustración formato en Excel porciones por animal

Anexo 6- Archivo en formato Excel donde se detallan las porciones entregadas

ITEM	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	CANT	VALOR UNIRTARIO	VALOR TOTAL
5	Realizar procedimiento medico de acuerdo al diagnóstico en cada animal que garanticen el bienestar del paciente reportado por la Dirección de Salud Ambiental, como presuntivo de la enfermedad de la Rabia, durante 10 días.	Unidad	59	$269.460	$15.898.140

Durante la ejecución del contrato, se realizaron los procedimientos médicos correspondientes a cada animal reportado por la Dirección de Salud Ambiental como presunto caso de enfermedad de la rabia, cumpliendo con el protocolo de observación y seguimiento durante un periodo de diez (10) días, según lo estipulado en el ítem 5 del contrato.

Cada procedimiento, evolución clínica, tratamiento administrado y condición del animal fue registrado detalladamente en la Hoja de Observación y Evolución del Paciente Zoonosis, la cual constituye el instrumento técnico de seguimiento individual. En estas hojas se documenta diariamente el estado clínico de cada paciente, los medicamentos aplicados, signos clínicos observados, así como las decisiones médicas tomadas por el profesional veterinario responsable. Como parte del soporte de esta actividad, dichas hojas están incluidas en el Anexo 1 de la Obligación 1, donde se encuentra compilada toda la información clínica y documental generada para cada caso atendido. Esto permite evidenciar de forma clara y verificable el cumplimiento de las acciones médicas requeridas, garantizando así el bienestar de los animales atendidos y el cumplimiento de los lineamientos establecidos por las autoridades sanitarias.



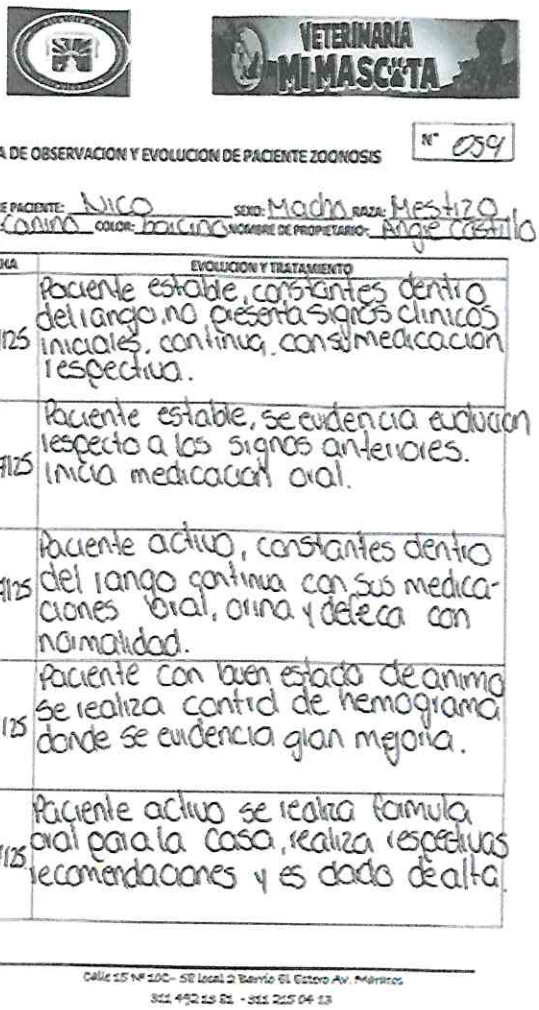
VETERINARIA MI MASCOTA

HOJA DE OBSERVACION Y EVOLUCION DE PACIENTE ZOONOSIS N° 059

NOMBRE PACIENTE: NICO SEXO: Macho RAZA: Mestizo
ESPECIE: Canino COLOR: Bolicino NOMBRE DE PROPIETARIO: Angie Castillo

FECHA	EVOLUCION Y TRATAMIENTO
08/07/25	Ingresa paciente decaido con taquicardia se realiza restricion y canalizacion, se administra medicacion intravenosa con ketoprofeno, fluido terapia de mantenimiento aminofanic, atropina se deja en las instalaciones de hospitalizacion.
09/07/25	Paciente con decaimiento, con constantes dentro del rango, no puede incorporarse, inapetente, se administra medicacion y continua con sus fluidos.
10/07/25	Paciente inapetente se procede administrar medicacion, cefteriaxidina, se inicia tratamiento con omeprazol y ondasetron cada 12 horas.
11/07/25	Paciente estable, se mantiene de pie en sus cuatro extremidades, recibe alimento lata cin en poca cantidad. continua con su respectiva medicacion.
12/07/25	Paciente con mejor estado de animo, orina y defeca con normalidad, recibe alimento a voluntad, orina y defeca con normalidad.

Calle 15 N° 10C- 58 local 2 Barrio El Estero Av. Marginal
311 492 18 81 - 311 215 04 13
mimascotavillavo@hotmail.com



VETERINARIA MI MASCOTA

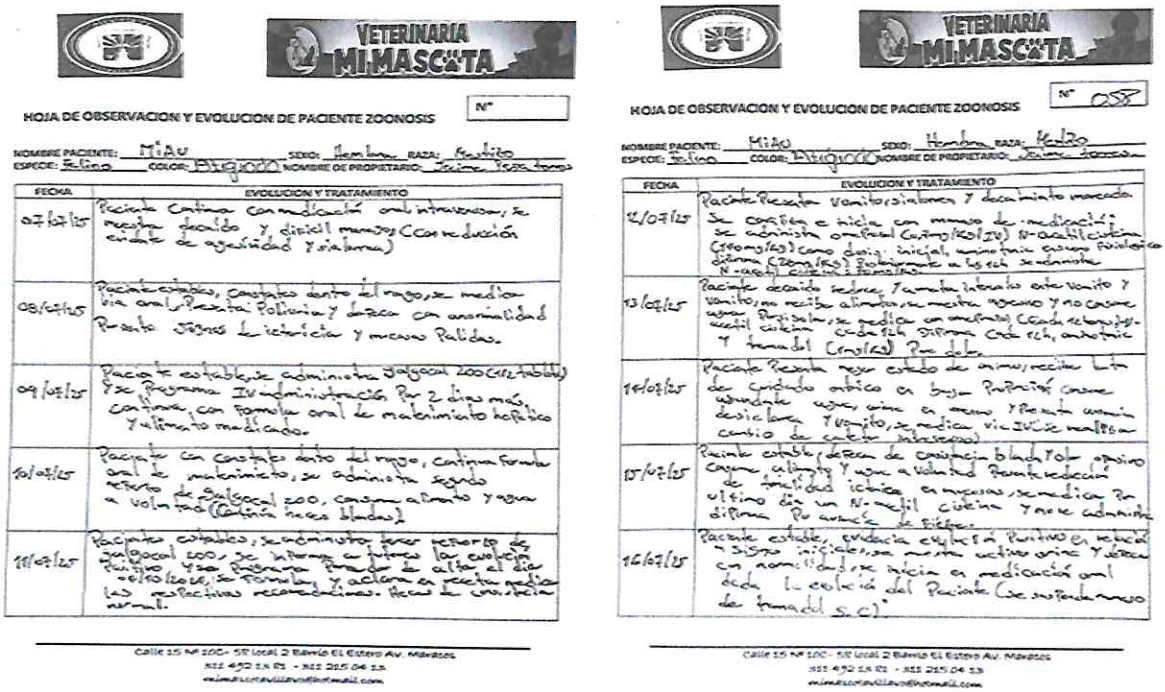
HOJA DE OBSERVACION Y EVOLUCION DE PACIENTE ZOONOSIS N° 059

NOMBRE PACIENTE: NICO SEXO: Macho RAZA: Mestizo
ESPECIE: Canino COLOR: Bolicino NOMBRE DE PROPIETARIO: Angie Castillo

FECHA	EVOLUCION Y TRATAMIENTO
13/07/25	Paciente estable, constantes dentro del rango, no presenta signos clinicos iniciales, continua con su medicacion respectiva.
14/07/25	Paciente estable, se evidencia evolucion respecto a los signos anteriores. inicia medicacion oral.
15/07/25	Paciente activo, constantes dentro del rango continua con sus medicaciones oral, orina y defeca con normalidad.
16/07/25	Paciente con buen estado de animo se realiza control de hemograma donde se evidencia gran mejoria.
17/07/25	Paciente activo se realiza formula oral para la casa, realiza respectivas recomendaciones y es dado de alta.

Calle 15 N° 10C- 58 local 2 Barrio El Estero Av. Marginal
311 492 18 81 - 311 215 04 13

Ilustración Hoja de Observación y Evolución de paciente



VETERINARIA MI MASCOTA

HOJA DE OBSERVACION Y EVOLUCION DE PACIENTE ZOONOSIS

Nº

NOMBRE PACIENTE: MIAU SEXO: Hembra RAZA: Mestizo
ESPECIE: Felino COLOR: Atigrado NOMBRE DE PROPIETARIO: Jaime Restrepo

FECHA	EVOLUCION Y TRATAMIENTO
07/07/25	Paciente Continua con medicación oral intravenosa, se mantiene decaido y disgil manejo Con reducción evidente de agresividad y violencia.
08/07/25	Paciente estable, constante dentro del rango, se mantiene via oral, Presenta Poliuria y dipsia con normalidad Presenta Signos de ictericia y mucosa Pálidas.
09/07/25	Paciente estable se administra Dalgocal 200 (1/2 tableta) y se Programa IV administración Por 2 días más, continua con formula oral de mantenimiento hepático y ultimo medicado.
10/07/25	Paciente con constante dentro del rango, continua formula oral de mantenimiento, se administra segundo retorno de Dalgocal 200, consume alimento y agua a voluntad (Continua mucosas Pálidas)
11/07/25	Paciente estable, se administra tercer retorno de Dalgocal 200, se interpreta la buena evolución del paciente y se Programa Remitir de alta el dia 14/07/25 se formula y actualiza en receta medicas las respectivas recomendaciones. Pacte se encuentra normal.

Calle 15 Nº 10C - 58 Local 2 Barrio El Estero Av. Maratos
311 450 14 01 - 311 215 04 53
mimascotavillavo@hotmail.com

VETERINARIA MI MASCOTA

HOJA DE OBSERVACION Y EVOLUCION DE PACIENTE ZOONOSIS

Nº 058

NOMBRE PACIENTE: MIAU SEXO: Hembra RAZA: Mestizo
ESPECIE: Felino COLOR: Atigrado NOMBRE DE PROPIETARIO: Jaime Restrepo

FECHA	EVOLUCION Y TRATAMIENTO
12/07/25	Paciente Presenta Vomito, diarrea y decaimiento marcado. Se continua e inicia con manejo de medicación: se administra omeprazol (Ostmo/Kg/IV) N-acetilcisteina (70mg/Kg) como dosis inicial, aminofilina (20mg/Kg) Dipirona (25mg/Kg) Posteriormente a las 6ch se administra N-acetil cisteina y dipirona
13/07/25	Paciente decaido sedoso, Presenta Diarrea intenso vomito y vomito, no recibe alimento, se mantiene agresivo y no consume agua, Propietario se explica un enfermo, Cirugia retroperitoneal cistica cada 6ch Dipirona Cada 8ch, antibiotico y tramadol (Cada 12h) Por dolor.
14/07/25	Paciente Presenta mejor estado de animo, recibe Leve dia cantidad ambica en bajo Proporción consume abundante agua, orina en menor Presenta ausencia diarrea y vomito, se medica, vio IV Sin novedad cambio de catéter intravenoso)
15/07/25	Paciente estable, defeca de consistencia blanda Pale, apetito consume, alimento y agua a voluntad Presenta reducción de tonalidad ictérica en mucosas, se medica Por ultimo dia un N-acetil cistina Y se le administra Dipirona Por ausencia de dolor.
16/07/25	Paciente estable, evidencia evolución Positiva en relación a signos iniciales, sin nuevos vomitos orina y defeca con normalidad, se inicia en medicación oral desde la evolución del Paciente Se suspende manejo de tramadol S.C)"

Calle 15 Nº 10C - 58 Local 2 Barrio El Estero Av. Maratos
311 450 14 01 - 311 215 04 53
mimascotavillavo@hotmail.com

Formato Hoja de Observación y Evolución de paciente

Para soportar esta actividad el contratista anexo Bitacora de Medicamentos utilizados durante la ejecucion del presente contrato ademas de las Historias clinicas.

UT ZOONOSIS VILLAVICENCIO 2025

Nit: 901931444-1

BITACORA DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	LOTE	FECHA.VEN	FECHA.FAB	MEDIDA	CANT
FLOXAVET 50 ML	FL234085	2027-MAY	2025-MAY	FRASCO	3
QUERCETOL 12,5%	38625	2028-AGO	2025-AGO	FRASCO	2
OXITETRACICLINA HCL 10% 500 ML	10856	2026-MAY	2024-MAY	FRASCO	1
ENROVET 10%	LO10623	2026-FEB	2023-FEB	FRASCO	1
ENROVET 10%	LO66222	2026-ABRI	2023J-ABRI	FRASCO	1
EDO A.T. P	139055	2026-NOV	2025-MAY	FRASCO	1
EDO A.T. P	134526	2026-DIC	2025-JUN	FRASCO	2
BONAVIT 500 ML	61324	2027-ENE	2025-ENE	FRASCO	4
AMINOLYTE 500 ML	IAM-365	2024-DIC	2026-DIC	FRASCO	5
ENFLOVET 50 ML	A10212	2026-ENE	2025-ENE	FRASCO	2
EDO DIUREX FUROSEMIDA	158052	2026-MAY	2023-MAY	FRASCO	1
EUTHANEX	IE-097	2026-JUN	2024-JUN	FRASCO	1
AMPILDELT (AMP+SULBA) 5ML	253012027	2027-DIC	2025-ENE	CAJA*10 AMPOLLAS	2
AMPILDELT (AMP+SULBA) 5ML	243012088	2027-JUL	2024-AGO	CAJA*10 AMPOLLAS	2
AMPILDELT (AMP+SULBA) 5ML	243012103	2027-AGO	2024-SEP	CAJA*10 AMPOLLAS	2

Anexo 11 Bitacora de Medicamentos

ITEM	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	CANT	VALOR UNIRTARIO	VALOR TOTAL
6	En caso de ser rabia el diagnóstico definitivo, se debe practicar la eutanasia y proceder a separar la cabeza del cuerpo con las debidas precauciones de bioseguridad (uso de guantes de caucho, careta protectora, gafas, bata de caucho, tapabocas) para embalar en refrigeración y enviar al laboratorio de la Secretaría de Salud Departamental, tras previa coordinación con la Dirección de Salud Ambiental. Si al finalizar el periodo de observación se descarta el virus de la rabia, el paciente debe devolverse a sus propietarios y si no los tiene, dar en adopción responsable. Lo anterior debe diligenciarse en la respectiva historia clínica	Unidad	3	$270.200	$810.600

En el marco de la ejecución contractual, se dio cumplimiento al procedimiento establecido para los casos en que los animales presentaban signos compatibles con rabia u otras patologías de comportamiento agresivo y sintomatología neurológica.

En cada situación se procedió de acuerdo con la normativa sanitaria y los lineamientos contractuales, garantizando la aplicación del protocolo de eutanasia humanitaria, seguido de la separación de la cabeza con las debidas medidas de bioseguridad (guantes de caucho, careta protectora, gafas, bata de caucho, tapabocas), embalaje en condiciones de refrigeración y envío al laboratorio de la Secretaría de Salud Departamental, previa coordinación con la Dirección de Salud Ambiental.

A continuación, se describen los casos atendidos:

1. LOGAN – Paciente Felino (HC 002)

- **Reporte inicial:** Tutor informó 4 días de convulsiones, decaimiento, bruxismo, movimientos involuntarios y salivación.

- **Hallazgos clínicos**: Paciente agresivo y de difícil manejo; leucocitosis en hemograma; prueba positiva (+) para Leucemia Felina, aunque sin correlación con la sintomatología neurológica. Presentó anorexia, fiebre recurrente y lesiones orales.
- **Decisión clínica:** Debido a la agresividad, síntomas neurológicos y riesgo zoonótico, se informó al tutor y se obtuvo autorización para proceder con eutanasia.
- **Ejecución del protocolo:** Se practicó eutanasia, separación de la cabeza bajo medidas de bioseguridad, embalaje en refrigeración y envío al laboratorio de la Secretaría de Salud Departamental, con coordinación previa con la Dirección de Salud Ambiental.

VETERINARIA MI MASCOTA

CONSENTIMIENTO DE EUTANASIA

Yo, Paribiana Cristina L identificado (a) con cedula de ciudadanía Nº 40'219.058 de Villa autorizo al Médico Veterinario de turno, para que realice la Eutanasia a un ejemplar felino de Raza Mestizo, Color Bicolor, Edad 2 años, Nombre Logan el cual se encuentra bajo mi responsabilidad.

Reconozco de antemano que el procedimiento que se va a realizar, lo que implica y me hago responsable de las reacciones adversas e individuales que se puedan presentar durante este.

La presente autorización se firma a los 14 días del mes Abril del año 2025.

PROPIETARIO O TUTOR
C.C. 40'219.058
TEL. 3104499123

MEDICO VETERINARIO Y ZOOTECNISTA
T.P.
COMVEZCOL 15365

Calle 15 Nº 20C- 52 Local 2 Barrio El Estero Av. Maizaros
311 492 13 81 - 311 215 04 13
mimascotavillavo@hotmail.com

Formato Consentimiento de Eutanasia



1.Logan. Paciente ingresando a Servicio Médico



1. Logan. Paciente Eutanasia y retiro de Cabeza

2. KIRA – Paciente Canino (HC 009)

- **Reporte inicial:** Tutor informó convulsiones de 2 días en un perro callejero bajo su cuidado. Paciente agresivo, febril, delgado y con diarrea.
- **Hallazgos clínicos:** Leucopenia marcada, trombocitopenia microcítica hipocrómica; pruebas positivas (+) para *E. canis* y para Distemper (Moquillo).
- **Decisión clínica:** Ante el diagnóstico de moquillo, la agresividad y el estado de calle del paciente, se determinó realizar eutanasia por seguridad sanitaria.
- **Ejecución del protocolo:** Se efectuó eutanasia, separación de la cabeza bajo medidas de bioseguridad, embalaje en refrigeración y envío al laboratorio de la Secretaría de Salud Departamental, previa coordinación con la Dirección de Salud Ambiental.



2.Kira. Paciente ingresando a Servicio Médico



2.Kira. Paciente Eutanasia y retiro de Cabeza

VETERINARIA MI MASCOTA

AUTORIZACION EUTANASIA

Yo, Carlos Eduardo R identificado (a) con cedula de ciudadania Nº 1122648506 de Villavicencio autorizo al Médico Veterinario de turno el consultorio veterinario Mi Mascota, para que realice la **EUTANASIA** a un ejemplar Canino de Raza Mestizo, Color Amarillo, Edad 9 años, Nombre Kira el cual se encuentra bajo mi responsabilidad.

Reconozco de antemano el procedimiento que se le va a realizar, lo que esto implica y me hago responsable de las reacciones adversas e individuales que se puedan presentar durante este.

La presente autorización se firma a los 26 días del mes Abril del año 2025.

Carlos Eduardo R
PROPIETARIO
C.C. 1122648506
TEL. 3136040203

MEDICO VETERINARIO Y ZOOTECNISTA
T.P. 1577 65
COMVEZCOL

Calle 15 Nº 10C- 58 Local 2 Barrio El Estero Av. Maraya
321 450 13 81 - 322 215 04 13
mimascotavillavo@hotmail.com

Formato Consentimiento de Eutanasia

3. NALA – Paciente Canino (HC 061)

- **Reporte inicial:** Tutor informó 2 días de convulsiones, agresividad y salivación excesiva.
- **Hallazgos clínicos:** Delgadez severa, fiebre mayor a 40 °C, linfocitosis, anemia, trombocitopenia y elevación de enzima ALT (302), compatible con encefalopatía hepática. Prueba positiva (+) para Distemper (Moquillo).
- **Decisión clínica:** Dada la agresividad, signos neurológicos y riesgo sanitario, se procedió a la eutanasia.
- **Ejecución del protocolo:** Se aplicó eutanasia, separación de la cabeza con las medidas de bioseguridad establecidas, embalaje en refrigeración y envío al laboratorio de la Secretaría de Salud Departamental, tras coordinación con la Dirección de Salud Ambiental.

VETERINARIA MI MASCOTA

AUTORIZACION EUTANASIA

Yo. Adriana Milena Rodriguez identificado (a) con cedula de ciudadania Nº 1121841475 de villavicencio autorizo al Médico Veterinario de turno el consultorio veterinario Mi Mascota, para que realice la **EUTANASIA** a un ejemplar Canino de Raza Criolla, Color Cafe; Edad 4 meses, Nombre Nala el cual se encuentra bajo mi responsabilidad.

Reconozco de antemano el procedimiento que se le va a realizar, lo que esto implica y me hago responsable de las reacciones adversas e individuales que se puedan presentar durante este.

La presente autorización se firma a los 28 días del mes Julio del año 2025.

Adriana Milena R

PROPIETARIO
C.C. 1121841475
TEL 3145196937

MEDICO VETERINARIO Y ZOOTECNISTA
T.P. 15388
COMVEZCOL

Calle 15 Nº 100- 58 local 2 Barrio El Estero Av. Marginal
311 492 13 81 - 311 215 04 13
mimascotavillavo@hotmail.com

Formato Consentimiento de Eutanasia



3.Nala. Paciente ingresando a Servicio Médico



3. Nala. Paciente Eutanasia y retiro de Cabeza

El contratista entrega evidencia a la supervisión mediante formato de entrega de paciente Zoonótico de que los 58 pacientes restantes retornaron con sus propietarios o responsables, cumplidos los 10 días de periodo de observación ya que se dio por descartado el diagnostico de rabia tal como se evidencia en el formato de entrega de Paciente Zoonótico y que hace parte integral de este informe y que es adjunto a la Historia Clínica del Paciente. Ver Anexo 1. Historias Clínicas.

VETERINARIA MI MASCOTA

FORMATO DE ENTREGA DE PACIENTE DE ZOONOSIS

Yo Claudia patricia Cubillos Sastre, identificado con cedula de ciudadanía numero 40219058, recibo paciente de nombre Bonito, especie perro después de estar en manejo intrahospitalario y observación durante 10 días consecutivos en la clínica veterinaria mi mascota.

Hago constancia y certifico el adecuado estado de salud del paciente en mención; a su vez, soy consciente del manejo y formula médica a continuar explicado por el médico veterinario, comprometiéndome a informar cualquier anormalidad con respecto al paciente.

La presente autorización se firma a los 25 días del mes Abril del año 2025.

PROPIETARIO
C.C. 40219058
TEL 3104799257

Calle 15 Nº 10C- 58 Local 2 Barrio El Otero Av. Marsella
311 492 18 81 - 311 215 04 15
mimascotavillavo@hotmail.com

Formato Entrega paciente Zoonótico



Foto de Propietario recibiendo Paciente

VETERINARIA MI MASCOTA

FORMATO DE ENTREGA DE PACIENTE DE ZOONOSIS

Yo Karen Florez, identificado con cedula de ciudadanía numero 1121[illegible], recibo paciente de nombre Cloe, especie felino. después de estar en manejo intrahospitalario y observación durante 10 días consecutivos en la clínica veterinaria mi mascota.

Hago constancia y certifico el adecuado estado de salud del paciente en mención; a su vez, soy consciente del manejo y formula médica a continuar explicado por el médico veterinario, comprometiéndome a informar cualquier anormalidad con respecto al paciente.

La presente autorización se firma a los 12 días del mes Mayo del año 2025.

PROPIETARIO
C.C.
TEL.

Calle 15 Nº 10C- 58 local 2 Barrio El Bosque Av. Miradol
311 490 19 81 - 311 215 04 13
mimascotavillavo@hotmail.com



ITEM	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	CANT	VALOR UNIRTARIO	VALOR TOTAL
7	PASTA DE CLOROX X 10 UNIDADES DE 20 GR MARCA BANQUETE.	Unidad	110	$22.000	$2.420.000

El contratista realizó la entrega de 110 unidades de pasta de Clorox de 20 gr cada una de la marca BANQUETE, **lote** 0432/29 **fecha de vencimiento**:12/29 en cumplimiento de lo establecido contractualmente.

La entrega se formalizó mediante acta de entrega suscrita entre las partes y se tomaron evidencias fotográficas que soportan la recepción de los elementos.







Anexo 7. Acta de Entrega pasta de cloro

OBLIGACION ESPECIFICA DEL CONTRATISTA NO. 5

EL CONTRATISTA DEBERÁ REALIZAR LAS ACTIVIDADES EN EL ÁREA URBANA Y RURAL QUE COMPRENDEN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO, META Y QUE SEAN DESIGNADOS POR LA SUPERVISIÓN DEL CONTRATO.

DESCRIPCIÓN DE LA EJECUCION: En cumplimiento de esta obligación, el contratista desarrolló las actividades programadas en las zonas urbana y rural del municipio de Villavicencio, Meta, conforme a las directrices impartidas por la Supervisión del contrato.

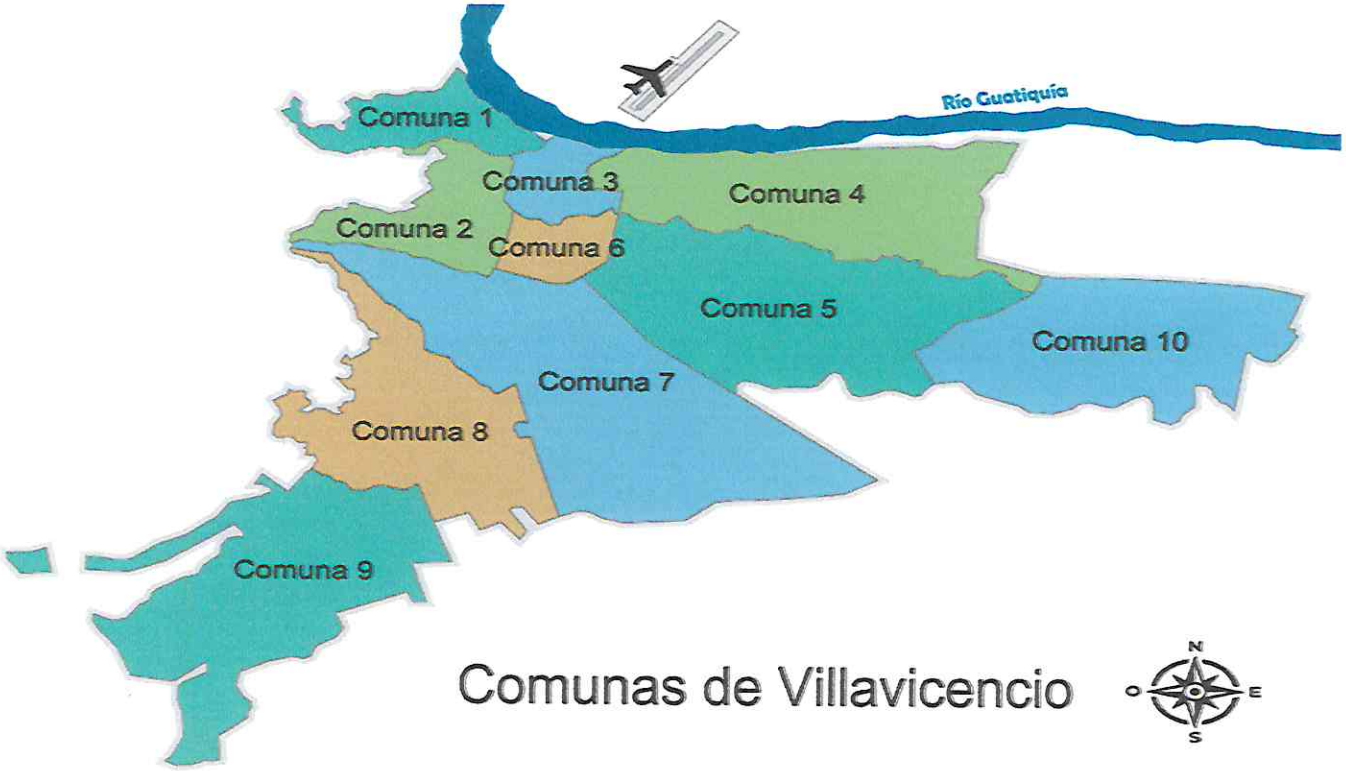
- **57 corresponden a zona urbana**, ubicados en diferentes barrios de la ciudad.
- **4 corresponden a zona rural**, en veredas como Buena Vista, entre otras.

Cada atención fue debidamente registrada en su respectiva historia clínica individual, en la cual se consignaron los datos de identificación del propietario, características del paciente, hallazgos del examen clínico, antecedentes relevantes, consentimiento informado y observaciones de la atención realizada. Es de aclarar que de los 61 pacientes reportados y beneficiados venían de diferentes lugares de la Municipio de Villavicencio pero solo a 3 se les realizo el servicio de captura, los demás pacientes fueron llevados por sus propietarios o responsables.

La distribución de los pacientes según su localización se relaciona a continuación esto para tener en cuenta de que sectores fueron atendidos los 61 pacientes:

N°	NOMBRE PACIENTE	N° HISTORIA CLINICA	BARRIO
1	TEO	001	La Esperanza (7)
2	LOGAN	002	Vereda Buena Vista (1)
3	REINA	003	Las Americas (8)
4	LUNA	004	Gaitan (3)
5	AGATHA	005	Vereda Buena Vista(1)
6	MANCHAS	006	Villa Nieves (5)
7	VEKY	007	Ceiba (4)
8	KIRA	008	Porvenir (3)
9	KIRA	009	San Jorge (8)
10	CLOE	010	Manantial (4)
11	SASY	011	Bochica (5)
12	ATENEA	012	Rodeo (5)
13	TITO	013	San Carlos (4)
14	FATIMA	014	Popular (5)
15	CLOE	015	Doña Luz (5)
16	MAX	016	Antonio Ricaurte (3)
17	KIARA	017	El Recreo (5)
18	PANCHA	018	Pinilla (5)
19	MAX	019	La Rochela (8)
20	ONASIS	020	Uniportales (4)

21	HACHI	021	Las Delicias (3)
22	LUNA	022	La Chorrera (1)
23	NIÑA	023	Dos Mil Alto (5)
24	DANA	024	Calamar (4)
25	SHAKIRA	025	Villa Juliana (3)
26	RUFO	026	La Pradera (8)
27	LUNA	027	Bello Horizonte (5)
28	LUNA	028	Kirpas (5)
29	SAM	029	13 de Mayo (4)
30	PANCHA	030	El Milagro (7)
31	COKYS	031	San Carlos (5)
32	MANCHAS	032	Pompeya (CORREGIMIENTO 4)
33	CAPRI	033	Comuneros (7)
34	LLUVIA	034	Bosques de Abajam (4)
35	JUNIOR	035	La Madrid (8)
36	LUNA	036	Villa Julia (3)
37	TOKYO	037	Villa Melida (5)
38	TONY	038	Villa Juliana (3)
39	PANTERA	039	Villa Suarez (4)
40	OLY	040	Alborada (7)
41	MANDARINA	041	Villa Fabiola (4)
42	DULCE	042	San Antonio (8)
43	PRINCIPE	043	Aguas Claras (5)
44	ORION	044	Nueva Colombia (6)
45	KIARA	045	Emporio (1)
46	PRINCESA	046	La Nohora (9)
47	ROMEO	047	Maizaro (6)
48	LINDA	048	San Fernando (2)
49	LUNA	049	El Recreo (5)
50	PERLA	050	Gaitan (3)
51	BLACK	051	Prados de Siberia (4)
52	ARIAL	052	El Milagro (4)
53	MONA	053	Camoa (2)
54	MANCHAS	054	La Reliquia (10)
55	CLOE	055	Porfia (8)
56	LUNA	056	20 de Julio (3)
57	PANCHA	057	Charrascal (8)
58	MIAU	058	Porfia (8)
59	NICO	059	Guatiquia (6)
60	KRATOS	060	Danubio (5)
61	NALA	061	Kirpa (5)



OBLIGACION ESPECIFICA DEL CONTRATISTA No. 6

CONTRIBUIR EN LA REUBICACIÓN ANIMAL EN CONDICIONES DE CALLE Y/O VULNERABILIDAD EN HOGARES DE PASO DE ACUERDO CON LAS DISPOSICIONES DEFINIDAS EN LA LEY 2054 DE 2020 Y SU ADOPCIÓN EN CONDICIONES BIENESTAR.

DESCRIPCIÓN DE LA EJECUCION: En cumplimiento de esta obligación, el contratista gestionó la reubicación de los animales en condición de calle o vulnerabilidad que fueron atendidos durante la ejecución del contrato, los cuales fueron entregados a sus propietarios o personas responsables de ellos, pues es de conocimiento que en los hogares de paso o albergues de animales existe no existe cupo para mas animales, por esta razón el contratista mediante charla con el propietario o responsable de cada animal retorno a su lugar de origen a 59 pacientes que una vez valorados y estabilizados clínicamente, fueron entregados a los tutores o responsables que inicialmente reportaron los casos, quienes asumieron la tenencia responsable y el seguimiento de las condiciones de bienestar.

Para garantizar la trazabilidad y transparencia del proceso, en cada entrega se diligenció el Formato de Entrega de Paciente de Zoonosis, el cual fue firmado por el tutor o responsable, dejando constancia del compromiso adquirido en materia de protección y cuidado del animal.
De esta manera, el contratista dio cumplimiento a la normativa aplicable, asegurando que los animales fueran reubicados bajo condiciones de bienestar y protección.

VETERINARIA MI MASCOTA

FORMATO DE ENTREGA DE PACIENTE DE ZOONOSIS

Yo Claudia Patricia Castillo Sierra, identificado con cedula de ciudadanía numero 40219058, recibo paciente de nombre Apolo, especie Perro después de estar en manejo intrahospitalario y observación durante 10 días consecutivos en la clínica veterinaria mi mascota.

Hago constancia y certifico el adecuado estado de salud del paciente en mención; a su vez, soy consciente del manejo y formula médica a continuar explicado por el médico veterinario, comprometiéndome a informar cualquier anormalidad con respecto al paciente.

La presente autorización se firma a los 25 días del mes Abril del año 2025.

Patricia Castillo S
PROPIETARIO
C.C. 40219058 Vlo
TEL 3104799257

Formato entrega Paciente Zoonosis

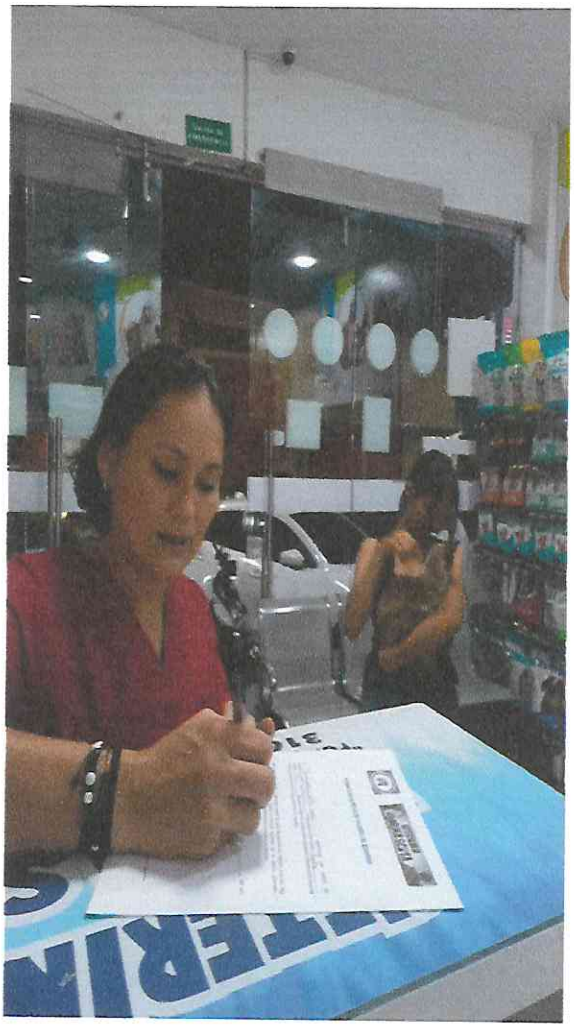


Foto de entrega a Propietario/responsable

VETERINARIA MI MASCOTA

FORMATO DE ENTREGA DE PACIENTE DE ZOONOSIS

Yo Oscar Riveros. identificado con cedula de ciudadanía numero 1114886064, recibo paciente de nombre Manchas especie Canino después de estar en manejo intrahospitalario y observación durante 10 días consecutivos en la clínica veterinaria mi mascota.

Hago constancia y certifico el adecuado estado de salud del paciente en mención; a su vez, soy consciente del manejo y formula médica a continuar explicado por el médico veterinario, comprometiéndome a informar cualquier anormalidad con respecto al paciente.

La presente autorización se firma a los 24 días del mes Mayo del año 2025

Oscar Riveros
PROPIETARIO
C.C. 1114886064
TEL

Calle 15 Nº 20C- 58 local 2 Barrio El Estero Av. Marcos
311 450 26 82 - 311 215 04 13
mimascotavillavo@hotmail.com



VETERINARIA MI MASCOTA

FORMATO DE ENTREGA DE PACIENTE DE ZOONOSIS

Yo Karen Florez identificado con cedula de ciudadanía numero 1121143984, recibo paciente de nombre Cloe especie felino. después de estar en manejo intrahospitalario y observación durante 10 días consecutivos en la clínica veterinaria mi mascota.

Hago constancia y certifico el adecuado estado de salud del paciente en mención; a su vez, soy consciente del manejo y formula médica a continuar explicado por el médico veterinario, comprometiéndome a informar cualquier anormalidad con respecto al paciente.

La presente autorización se firma a los 12 días del mes MAYO del año 2025.

Karen Florez
PROPIETARIO
C.C.
TEL

Calle 15 Nº 20C- 58 local 2 Barrio El Estero Av. Marcos
311 450 26 82 - 311 215 04 13
mimascotavillavo@hotmail.com



Formato entrega Paciente Zoonosis

Foto de entrega a Propietario/responsable

VETERINARIA MI MASCOTA

FORMATO DE ENTREGA DE PACIENTE DE ZOONOSIS

Yo Nicol Barrera, identificado con cedula de ciudadanía numero 1120308150, recibo paciente de nombre Luna especie Felino después de estar en manejo intrahospitalario y observación durante 10 días consecutivos en la clínica veterinaria mi mascota.

Hago constancia y certifico el adecuado estado de salud del paciente en mención; a su vez, soy consciente del manejo y formula médica a continuar explicado por el médico veterinario, comprometiéndome a informar cualquier anormalidad con respecto al paciente.

La presente autorización se firma a los 10 días del mes mayo del año 2025.

Nicol Barrera
PROPIETARIO
C.C. 1120308150
TEL. 310 2864455

Calle 35 Nº 20C- 58 Local 2 Barrio El Estero Av. Marginal
311 450 15 81 - 311 215 04 15
mimascotavillavo@hotmail.com



VETERINARIA MI MASCOTA

FORMATO DE ENTREGA DE PACIENTE DE ZOONOSIS

Yo Sara Gaona, identificado con cedula de ciudadanía numero 40189091, recibo paciente de nombre Lulo especie Felino después de estar en manejo intrahospitalario y observación durante 10 días consecutivos en la clínica veterinaria mi mascota.

Hago constancia y certifico el adecuado estado de salud del paciente en mención; a su vez, soy consciente del manejo y formula médica a continuar explicado por el médico veterinario, comprometiéndome a informar cualquier anormalidad con respecto al paciente.

La presente autorización se firma a los 15 días del mes 06 del año 2025.

PROPIETARIO
C.C. 40189091
TEL.

Calle 35 Nº 20C- 58 Local 2 Barrio El Estero Av. Marginal
311 450 15 81 - 311 215 04 15
mimascotavillavo@hotmail.com



Formato entrega Paciente Zoonosis

Foto de entrega a Propietario/responsabl

OBLIGACION ESPECIFICA DEL CONTRATISTA NO. 7

EL CONTRATISTA DEBERÁ REALIZAR UNA CHARLA A LA COMUNIDAD O PROPIETARIOS SOBRE LA NECESIDAD DE PREVENIR LAS ZOONOSIS, ALGUNAS BUENAS PRÁCTICAS Y LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR, PARA LO QUE DEBERÁ TOMAR REGISTRO FOTOGRÁFICO Y/O DILIGENCIAR PLANILLAS DE CONTROL.

DESCRIPCIÓN DE LA EJECUCION: En cumplimiento de esta obligación, el contratista desarrolló jornadas pedagógicas dirigidas a la comunidad y a los propietarios de animales de compañía, con el objetivo de fomentar la tenencia responsable y la prevención de enfermedades zoonóticas.

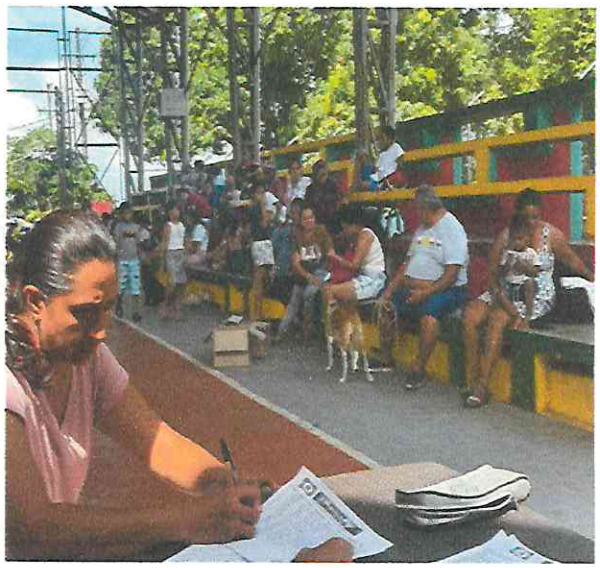
Durante las charlas se socializaron temas relacionados con:

- Importancia de la vacunación y desparasitación periódica.
- Medidas básicas de higiene y bioseguridad en el manejo de animales.
- Identificación temprana de signos clínicos de alerta en mascotas.
- Responsabilidad en la alimentación, cuidado y control poblacional (esterilización).
- Procedimientos de reporte ante casos sospechosos de zoonosis.

La comunidad participó activamente, generando espacios de diálogo y aclaración de dudas, lo que permitió fortalecer la conciencia sobre la protección animal y la prevención de riesgos en salud pública. La cual se realizó en el polideportivo de Pompeya alto el día 22 de abril de 2025.
Como evidencia de esta actividad, te tomaron registros fotográficos y se anexa planilla de asistencia a la charla.

Anexo 8.- Planilla de Asistencia Charla





Fotos Charla Tenencia Responsable

VETERINARIA MI MASCOTA

FORMATO PLANILLA DE ASISTENCIA "CHARLA SOBRE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES ZOONOTICAS Y TENENCIA RESPONSABLE DE MASCOTAS

Nº	FECHA	NOM. PROPIETARIO	CEDULA	DIRECCION	TELEFONO	FIRMA
1	22-04-25	Veronica Ruiz	1.121835876	Pompeya alto	3118049940	Veronica Ruiz
2	22-04-25	Milena Abril	40.216614	Pompeya	3144407205	Milena Abril
3	22-04-25	Helena Sanchez	68304922	Pompeya Alto	3108020058	
4	22-04-25	Margot Naveda	53057733	Pompeya Alto	3209104478	Naveda
5	22-04-25	Hector Romero	15221791	Pompeya Alt	312 3972085	
6	22-04-25	[illegible]	86002629	pompeya alto	3205089928	
7	22-04-25	Lionel Ariel	17341462	pompeya	3143210774	
8	22-04-25	Maribel Molano	30081514	pompeya	3143263280	
9	22-04-25	Angie Acero	1005840716	Pompeya	3208538869	Angie Acero
10	22-04-25	yadis lopez	1038801681	Pompeya	313 5236180	yadis lopez
11	22-04-25	Jacob diaz	8738128	pompeya	321 6329258	Jacob
12	22-04-25	Jose d Valero	17305223	Pompeya alto	3125329494	
13	22-04-25	María Villabbos	40377948	Pompeya Alto	3175584080	
14	22-04-25	Olga Carmelo	1121914171	pompeya alto	3143366663	
15	22-04-25	nelly Garcia	1.121910.723	pompeya alto	3007777408	nelly Garcia
16	22-04-25	Laura Valentina	1122927770	pompeya	3005478084	Laura Valentina
17	22-04-25	Diana Villalobos	1.121821237	Pompeya alto	3203924023	
18	22-04-25	Carlos Rolon	1.121.821.237	Pompeya Alto	3203984073	
19	22-04-25	Victor Villalobos	17.307.509	Pompeya alto	3185414852	Victor Villalobos
20	22-04-25	Carolina Villalobos	40.327.295	Pompeya alto	3185408274	Carolina Villalobos
21	22-04-25	Catherine Castro	1065077370	pompeya alto	3222233140	
22	22-04-25	Soraya Garcia	40784838	Indostria	3141168258	Soraya Garcia
23	22-04-25	Andres manuel	1002257983	Indostria	3016207775	Andres manuel
24	22-04-25	Jhon Alexander	1121966403	Alto pompeya	3228741492	
25	22-04-25	Johana Angulo	1121862821	Pompeya Alto	3212497525	

Planilla de Asistencia

OBLIGACION ESPECIFICA DEL CONTRATISTA NO. 8

GARANTIZAR LA GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS Y DESECHOS PELIGROSOS HASTA SU DISPOSICIÓN FINAL DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD AMBIENTAL VIGENTE, PARA LO QUE DEBERÁ PRESENTAR COPIA DEL CONTRATO EN EL QUE CONSTE SU VIGENCIA DENTRO DEL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO O EL CERTIFICADO CORRESPONDIENTE.

DESCRIPCIÓN DE LA EJECUCION: El contratista dio cumplimiento a la obligación relacionada con la gestión integral de residuos y desechos peligrosos generados durante la ejecución del contrato. Para ello, suscribió contrato de prestación de servicios ambientales con la empresa Ecofuturista S.A.S. (NIT 901043583), debidamente autorizada para la recolección, transporte, tratamiento y disposición final de residuos peligrosos conforme a la normatividad ambiental vigente (Decreto 1076 de 2015 y Resolución 1362 de 2007).

Anexo 9-. Certificado de disposición final de residuos y desechos

CERTIFICADO DE TRATAMIENTO Y DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS APROVECHABLES, ORGÁNICOS, PELIGROSOS Y ORDINARIOS

ecofuturista

CERTIFICADO No 671

La empresa **ECOFUTURISTA S.A.S**, identificada con NIT **901043683-6**, certifica que la empresa **VETERINARIA MI MASCOTA VILLAVO**, identificada con **NIT 80433620-0** con sucursal Sede Principal ubicada en **CL 15#10C 66, VILLAVICENCIO META** realizó la entrega en el mes de **Junio de 2026** de los residuos relacionados en el **Manifiesto 13096**, provenientes de la ciudad de **VILLAVICENCIO - META**.

La operación se realiza bajo la Resolución Número 20233500005445 del 20 de febrero de 2023, otorgada por el Ministerio de Transporte, y el Plan de Contingencia aprobado por Cormacarena PS-GJ.1.2.6.22.1627, del 28 de octubre de 2022.

Código corriente	Tipo de Residuo	Gestor	Tratamiento	Total, Generado Kgs
A4C20.1 / Y1.1	ANATOMOPATOLOGICO	VEOLIA SERVICIOS INDUSTRIALES COLOMBIA S.A.S E.S.P COORDENADAS: Latitud: 4.550983 Longitud: -74.259204	Incineración	7.50 kg
A4C20.3 / Y1.3	CORTOPUNZANTE	VEOLIA SERVICIOS INDUSTRIALES COLOMBIA S.A.S E.S.P COORDENADAS: Latitud: 4.550983 Longitud: -74.259204	Incineración	1.25 kg
TOTAL:				8.75

El presente certificado se expide en **Villavicencio el (07) del mes de Julio de 2026**. Este certificado no es válido como soporte de trazabilidad de envases y empaques.

Cordialmente.

Irina Pardo Moreno
Líder Estratégico

OBLIGACION ESPECIFICA DEL CONTRATISTA NO. 9

EL CONTRATISTA GARANTIZARA QUE LAS INTERVENCIONES SERÁN REALIZADAS POR PROFESIONALES MÉDICOS VETERINARIOS, PARA LO CUAL CADA HISTORIA CLÍNICA DEBERÁ ENCONTRARSE FIRMADA POR ESTE O ESTOS, SOPORTE QUE SE TENDRÁ POR SOPORTADO CON EL CUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA DIGITAL DE LAS HISTORIAS.

DESCRIPCIÓN DE LA EJECUCION: Para el desarrollo de las actividades contractuales, el contratista dispuso de un equipo médicos veterinario, quienes apoyaron de manera integral el cumplimiento de los objetivos establecidos, garantizando una adecuada gestión técnica, administrativa y operativa.

En relación con las intervenciones médico-veterinarias, estas fueron ejecutadas exclusivamente por profesionales en medicina veterinaria, con el apoyo de personal técnico auxiliar en veterinaria.

Cada historia clínica fue diligenciada y firmada por el médico veterinario responsable, conforme a lo exigido contractualmente. Dichas historias clínicas se entregaron en formato físico y digital, y se encuentran debidamente organizadas en el Anexo 1 de la Obligación 1, junto con el resto de la documentación técnica correspondiente a los pacientes atendidos. Para avalar esta obligación se anexa además Certificación del Medico Veterinario y Hoja de Vida.

Anexo 13- Certificación Médico Veterinario y Hoja de Vida.

OBLIGACION ESPECIFICA DEL CONTRATISTA NO. 10

PRESENTAR UN ÚNICO INFORME DE EJECUCIÓN Y TERMINACIÓN DEL CONTRATO AL SUPERVISOR ASIGNADO POR PARTE DEL MUNICIPIO, CON LOS RESPECTIVOS SOPORTES DE EJECUCIÓN (ACTAS DE ENTREGA Y REGISTROS FOTOGRÁFICOS).

DESCRIPCIÓN DE LA EJECUCION: El contratista dio cumplimiento a esta obligación mediante la elaboración y entrega de un informe único de ejecución y terminación del contrato, dirigido al supervisor designado. Este informe consolida de manera detallada todas las actividades desarrolladas durante la vigencia contractual, incluyendo el cumplimiento de cada una de las obligaciones específicas pactadas.

Como soporte de la ejecución, se los soportes correspondientes a las actividades realizadas que permiten evidenciar el desarrollo de los procedimientos, intervenciones y atenciones prestadas. Estos documentos acompañan el presente informe y se encuentran organizados por ítem de obligación, garantizando la trazabilidad y verificabilidad del cumplimiento contractual.

Con esta entrega, el contratista acredita formalmente la terminación de las actividades contratadas, cumpliendo en su totalidad con los requisitos documentales establecidos por la entidad contratante.

CONSOLIDADO DE FACTURACIÓN

ITEM	DESCRIPCIÒN	UNIDAD DE MEDIDA	CANT	PROMEDIO VALOR INCLUIDO IVA	
				VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	Servicio de captura y traslado de animales implicados en casos de agresión, exposición rábica leve o grave y en eventos de trasmisión de enfermedades zoonóticas, disponibilidad del servicio 24 horas	UNIDAD	4	101.900	400.760
2	Brindar Instalación física para cada animal en periodo de observación implicados en casos de agresión, exposición rábica leve o grave y en otros eventos de trasmisión de enfermedades zoonóticas deberá contar con todo el equipamiento necesario para brindar el servicio adecuado a los pacientes, como zona de manejo de pacientes virales, con jaulas o guacales espaciosos, instrumental, equipos de reanimación, ventilación manual y asistida, oxigenoterapia, pulsioximetria, camilla y equipo de signos vitales, mesa en acero inoxidable, planta eléctrica, equipos de refrigeración de medicamentos que requieren cadena de frío, lavamanos y tanque de almacenamiento de agua. Debe contar con protocolo de limpieza y desinfección de superficies, áreas, instrumental y equipos, debidamente documentado e implementado, programa de bioseguridad y disposición final de residuos y base de datos y su respectivo reporte a las autoridades de salud municipales.	UNIDAD	61	119.300	7.277.300
3	Valoración médico veterinaria, toma de muestras y diagnóstico (Hemograma, ALT, Creatinina, Detección de Antígeno de Distemper Canino y/o hemoparásitos, según lo considere el profesional), monitoreo, Ineludiblemente, el procedimiento debe ser realizado por un profesional en medicina veterinaria, con tarjeta profesional vigente y la asistencia de sus auxiliares	UNIDAD	61	273.520	16.684.720

4	Suministro de alimento equivalente a 3 porciones diarias (purina y agua) necesarias a cada animal que se encuentra en el periodo de observación en el centro de zoonosis, de acuerdo a la especie y edad	DIARIO	442	13.650	6.033.300
5	Realizar procedimiento medico de acuerdo al diagnóstico en cada animal que garanticen el bienestar del paciente reportado por la Dirección de Salud Ambiental, como presuntivo de la enfermedad de la Rabia, durante 10 días.	UNIDAD	59	269.460	15.898.140
	En caso de ser rabia el diagnóstico definitivo, se debe practicar la eutanasia y proceder a separar la cabeza del cuerpo con las debidas precauciones de bioseguridad (uso de guantes de caucho, careta protectora, gafas, bata de caucho, tapabocas) para embalar en refrigeración y enviar al laboratorio de la Secretaría de Salud Departamental, tras previa coordinación con la Dirección de Salud Ambiental. Si al finalizar el periodo de observación se descarta el virus de la rabia, el paciente debe devolverse a sus propietarios y si no los tiene, dar en adopción responsable. Lo anterior debe diligenciarse en la respectiva historia clínica.		3	270.200	810.600
	PASTAS DE CLOROX *10 UNIDADES DE 20GR	UNIDAD	110	26.180	2.879.800
VALOR TOTAL INCLUIDO IVA					**49.991.460**

OBLIGACION ESPECIFICA DEL CONTRATISTA NO. 11

EL CONTRATISTA DEBERÁ MANTENER INDEMNE AL MUNICIPIO DE CUALQUIER RECLAMACIÓN DE TERCEROS QUE TENGAN ORIGEN EN SUS ACTUACIONES, SUS SUBCONTRATISTAS O DEPENDIENTES.

DESCRIPCIÓN DE LA EJECUCION: Durante la ejecución del contrato, no se presentaron reclamaciones, quejas, ni conflictos por parte de terceros relacionados con las actuaciones del contratista, sus subcontratistas o dependientes. El contratista actuó en todo momento conforme a las disposiciones legales, contractuales y éticas, lo que garantizó la inexistencia de afectaciones o responsabilidades hacia el municipio por este concepto.

Con ello, se da cumplimiento a la obligación de mantener indemne a la entidad contratante, asegurando que no se generaron perjuicios, reclamaciones administrativas, judiciales ni extrajudiciales derivados de la ejecución del contrato.

4. EVALUACION Y REEVALAUACIÓN DEL CONTRATISTA

RANGO DE CALIFICACIÓN	
EXCELENTE	El contratista superó las especificaciones técnicas establecidas de los productos o servicios.
BUENA	El contratista cumplió las especificaciones técnicas establecidas de los productos o servicios.
REGULAR	El contratista en el desarrollo del contrato presentó inconformidades que no son graves, ni se considera que incumplió el mismo.
NO CUMPLE	El contratista en el desarrollo del contrato presentó inconformidades graves y se considera que incumplió el mismo.

EVALUACIÓN Y REEVALUACIÓN DEL CONTRATISTA	CALIFICACIÓN
CUMPLIMIENTO (Oportunidad en la entrega de los productos o servicios; Atención a compromisos adquiridos)	**EXCELENTE**
CALIDAD (Grado en el que el producto o servicio cumple las necesidades y expectativas contractuales)	**EXCELENTE**
COMUNICACIÓN (Comunicación asertiva durante la ejecución del contrato)	**EXCELENTE**
EVALUACIÓN GENERAL (Percepción general sobre el producto y/o servicio suministrado)	**EXCELENTE**

5. **CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES RELATIVAS A LA SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL:** Certifico que teniendo en cuenta la normatividad vigente sobre dicho aspecto, verifiqué el cumplimiento del pago de aportes a la seguridad social integral (salud, pensión y ARL) correspondiente por lo cual se anexa certificado de pago aportes parafiscales emitido por el representante legal.

6. **CUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA DE LA INFORMACIÓN MANEJADA POR EL CONTRATISTA**: Certifico que el contratista hizo entrega en medio magnético y físico de los archivos y documentos y demás información manejada resultante durante el presente periodo de ejecución.

7. **CUMPLIMIENTO DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN:** Certifico que el contratista dio cumplimiento a los requisitos y lineamientos establecidos por el Sistema Integrado de Gestión de la siguiente manera:

9. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO:

Con base en todo lo expuesto, el suscrito SUPERVISOR certifica que durante el **PERIODO** comprendido entre el **01 de Abril de 2025 al 31 de agosto de 2025,** el contratista cumplió a satisfacción las actividades objeto del contrato y todas las demás obligaciones pactadas, entre ellas las relativas al pago del sistema de seguridad social integral y en consecuencia, autoriza el pago correspondiente al periodo relacionado por valor de **CUARENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y UN MIL CUATROSCIENTOS SESENTA PESOS MCTE ($49.991.460)**. El presente informe se encuentra cargado en la plataforma SECOP II.

YANED SIERRA CASTRILLON
CARGO DEL SUPERVISOR: SECRETARIA DE SALUD
TELÉFONO DEL SUPERVISOR: 3107847572

ANEXOS:

Anexo 1- Historias Clínicas.
Anexo 2- Acta de entrega Historias Clínicas.
Anexo 3- Base de datos en formato Excel editable de los caninos y felinos intervenidos (USB).
Anexo 4- Registro Sanitario.
Anexo 5- Plan de Limpieza y desinfección.
Anexo 6- Archivo en formato Excel donde se detallan las porciones entregadas (USB).
Anexo 7- Acta de Entrega pasta de cloro.
Anexo 8- Planillas Charlas.
Anexo 9- Certificado de disposición final de residuos y desechos.
Anexo 10- Pólizas.
Anexo 11- Bitácora de Medicamentos Utilizados.
Anexo 12. Registro ICA y Acta de última Visita
Anexo 13- Certificación Médico Veterinario y Hoja de Vida.

V.º B.º :