INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA N° 1

TIPO DE CONTRATO:	**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES (CPS)**
CONTRATO No. Y FECHA:	CO1.PCCNTR.8689668 del 09 de diciembre de 2025
CONTRATISTA:	**ANDRES ALBERTO ROJAS SUAREZ**
Nit o C.C. No.	1099622546
OBJETO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN LA SECRETARIA DE AGRICULTURA Y DESARROLLO RURAL DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER, DENTRO DEL MARCO DEL PROYECTO SERVICIO DE ASISTENCIA TÉCNICA, ASESORÍA PROFESIONAL Y APOYO A LA GESTIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER
VALOR INICIAL:	$4,800,000.00
VALOR ADICIONAL:	$0.00
VALOR TOTAL:	**$4,800,000.00**
ANTICIPO INICIAL:	$0.00
ANTICIPO ADICIONAL:	$0.00
ANTICIPO TOTAL:	**$0.00**
AMORTIZACION ANTICIPO INICIAL:	0.00
AMORTIZACION ANTICIPO ADIC:	0.00
PLAZO INICIAL:	UN (1) - MESES
PLAZO ADICIONAL:	
PLAZO TOTAL:	**30 DÍAS CALENDARIO**

SUPERVISOR:	**EDUARDO ORTIZ VELASQUEZ**
Acto Administrativo de Supervisión:	05 DE DICIEMBRE DE 2025
INTERVENTOR:	
Acto Administrativo de Interventoría:	
FECHA DE INICIACIÓN:	11 de diciembre de 2025
FECHA DE TERMINACIÓN:	10/01/2026

SOLO PARA CONVENIOS:	
APORTE ENTIDAD (GOBERNACION):	$0.00
APORTE OTRAS ENTIDADES:	$0.00
VALOR TOTAL CONVENIO:	**$0.00**

ACTAS DE SUSPENSIÓN

ACTAS DE REINICIO

PRORROGAS:

NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN:	

OFICINA GESTORA:	SECRETARIA ADMINISTRATIVA

VALOR A PAGAR:	**$ 3,200,000.00**	**Cobros realizados:**	**N° 1**	**de**	**2**

		(incluyendo el actual)			

Periodo de Pago:	Desde:	11/12/2025	Hasta:	30/12/2025

No. del RP:	25010234
Fuente del RP:	ICLD

VALOR ACTA DE RECIBO PARCIAL / FINAL	N° 1	$ 3,200,000.00

MENOS APORTE DE (EJ. MANO DE OBRA DEL XX%)	$
MENOS AMORTIZACIÓN DE ANTICIPO XX%	0.00
VALOR POR PAGAR EN LA PRESENTE ACTA	**$ 3,200,000.00**

OBSERVACIONES AL ACTA: (estas observaciones son las digitadas al generar la cuenta desde el Portal de Tramite de cuentas de Guane, cuando tenga una condición atípica en su cuenta).

ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR EL CONTRATISTA

ITEM	ACTIVIDADES GENERALES	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	EVIDENCIAS
1.	Apoyar, acompañar y prestar la asesoría profesional necesaria en todas las jornadas de bienestar animal y la tenencia responsable de mascotas en el departamento de Santander.	Se realizo jornada de bienestar animal (esterilización de felinos y caninos) en el municipio de Charta.	Anexo No, 1 Registro fotográfico y documental reposa en el archivo de bienestar animal.
2.	Apoyar a los procesos de convocatoria, actas y el archivo documental de los comités relacionados con las cadenas productivas pecuarias, y el programa de bienestar animal.	Se diligencio historias clínicas y consentimientos informados del programa de bienestar animal.	Anexo No, 2 Registro documental reposa en el archivo de bienestar animal.
3.	Proyectar las respuestas a las PQRS u otras comunicaciones que le sean asignadas, acorde a su perfil profesional.	En este periodo no se realizó esta actividad	
4.	Prestar asesoría, acompañamiento y participación en todas las actividades programadas por la Secretaria de Agricultura y Desarrollo rural.	Se realizo acompañamiento en la entrega de guadañas en el municipio de Girón.	Anexo No, 3 Registro fotográfico
5.	Las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor y/0 la Secretaria de Agricultura y Desarrollo rural del Departamento de Santander.	Se modifico el diseño de un corral para ganadería para el proyecto de los reinsertados.	Anexo No, 4 Registro documental

NOTA: Inserte las filas necesarias de acuerdo a sus actividades contractuales.

ENTRADA DE ALMACEN – SI APLICA
(Recuerde que todo contrato o convenio que incluya suministro de bienes debe tener el soporte de la entrada)

Fecha:	dd-mm-aaaa	No. Entrada:	##	Valor:	$000
Observaciones:					

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMENTO APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL Y OBLIGACIONES TRIBUTARIAS: En calidad de Contratista declaro bajo la gravedad de juramento, que las planillas y soportes adjuntos, cargados en el Secop, corresponden al pago de aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales, para gestionar el pago del periodo. *(Recuerde que, las normas que regulan la retención en la fuente en materia tributaria y deducción de dichos aportes no han sido objeto de modificación, por lo tanto, si requiere bajar la base de retención en la fuente, las planillas deberán corresponder al periodo cobrado).*

TIPO DE APORTE	DETALLE	MES 1	MES 2
APORTE A SALUD	Periodo de cotización	11-2025	mm-aaaa
	Fecha de pago	10-11-2025	dd-mm-aaaa
	Nº de Planilla	9494544661	XXXXX
	Ingreso Base de Cotización	$1.423.500	$0
	Valor cotizado	$178.000	$0
	EPS	EPS SURA	Entidad EPS
APORTE A PENSIÓN	Periodo de cotización	11-2025	mm-aaaa
	Fecha de pago	10-11-2025	dd-mm-aaaa
	Nº de Planilla	9494544661	943738XX
	Ingreso Base de Cotización	$1.423.500	$ 1.200.000
	Valor cotizado	$227.800	$ 192.000
	Fondo de Pensiones	COLPENSIONES	PORVENIR
APORTE A.R.L.	Periodo de cotización	11-2025	mm-aaaa
	Fecha de pago	10-11-2025	dd-mm-aaaa
	Nº de Planilla	9494544661	XXXXX
	Ingreso Base de Cotización	$1.423.500	$0
	Valor cotizado	$7.500	$0
	A.R.L.	POSITIVA	Entidad ARL
PARAFISCALES	SENA	Entidad SENA	Entidad SENA
	I.C.B.F.	Entidad ICBF	Entidad ICBF
	Caja de Compensación	Entidad Cajas	Entidad Cajas
VALOR TOTAL PAGADO		**$413.300**	**$0**

Recuerde que si su planilla fue pagada fuera de los plazos establecidos los valores a registrar corresponden al total pagado incluyendo la mora.

Se firma para tramite de pago, a los 31 días del mes de diciembre de 2025



Firma del Contratista
NOMBRE: ANDRES ALBERTO ROJAS SUAREZ
IDENTIFICACION No. 1099622546
CORREO: Andresrojassu@gmail.com
TELEFONO DE CONTACTO: 3132299879

EVIDENCIAS

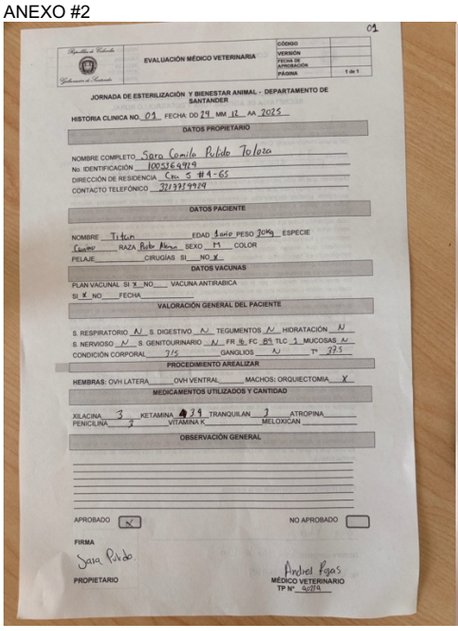
ANEXO #1







ANEXO #2



EVALUACIÓN MÉDICO VETERINARIA

JORNADA DE ESTERILIZACIÓN Y BIENESTAR ANIMAL - DEPARTAMENTO DE SANTANDER

HISTORIA CLINICA NO. 01 FECHA: DD 29 MM 12 AA 2025

DATOS PROPIETARIO

NOMBRE COMPLETO: Sara Camila Pulido Tolozo

No. IDENTIFICACIÓN: 1005569979

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Cra 5 #9-65

CONTACTO TELEFÓNICO: 3213759979

DATOS PACIENTE

NOMBRE: Titan EDAD: 1año PESO: 20kg ESPECIE: Canino RAZA: Pastor Aleman SEXO: M COLOR: PELAJE: CIRUGÍAS: SI NO: X

DATOS VACUNAS

PLAN VACUNAL: SI: X NO: VACUNA ANTIRABICA SI: X NO: FECHA:

VALORACIÓN GENERAL DEL PACIENTE

S. RESPIRATORIO: N S. DIGESTIVO: N TEGUMENTOS: N HIDRATACIÓN: N S. NERVIOSO: N S. GENITOURINARIO: N FR: 16 FC: 85 TLC: 1 MUCOSAS: N CONDICIÓN CORPORAL: 7/5 GANGLIOS: N TP: 37.5

PROCEDIMIENTO AREALIZAR

HEMBRAS: OVH LATERA: OVH VENTRAL: MACHOS: ORQUIECTOMIA: X

MEDICAMENTOS UTILIZADOS Y CANTIDAD

XILACINA: 3 KETAMINA: 3.9 TRANQUILAN: 3 ATROPINA: PENICILINA: 3 VITAMINA K: MELOXICAN:

OBSERVACIÓN GENERAL

APROBADO: X NO APROBADO:

FIRMA

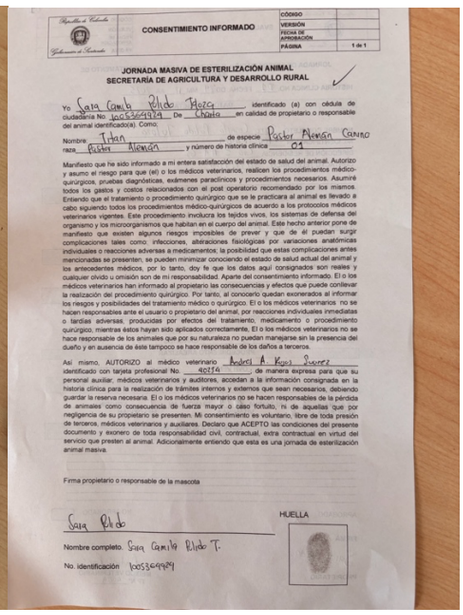
Sara Pulido

PROPIETARIO

Andrei Rojas

MÉDICO VETERINARIO

TP N°: 40174



CONSENTIMIENTO INFORMADO

JORNADA MASIVA DE ESTERILIZACIÓN ANIMAL

SECRETARIA DE AGRICULTURA Y DESARROLLO RURAL

Yo Sara Camila Pulido Tolozo identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1005569979 De Charta en calidad de propietario o responsable del animal identificado(a) Como:

Nombre: Titan de especie Pastor Aleman Canino

raza Pastor Aleman y número de historia clínica 01

Manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del estado de salud del animal. Autorizo y asumo el riesgo para que (el) o los médicos veterinarios, realicen los procedimientos médico-quirúrgicos, pruebas diagnósticas, exámenes parasíticos y procedimientos necesarios. Asumiré todos los gastos y costos relacionados con el post operatorio recomendado por los mismos. Entiendo que el tratamiento o procedimiento quirúrgico que se le practicara al animal es llevado a cabo siguiendo todos los procedimientos médico-quirúrgicos de acuerdo a los protocolos médicos veterinarios vigentes. Este procedimiento involucra los tejidos vivos, los sistemas de defensa del organismo y los microorganismos que habitan en el cuerpo del animal. Este hecho anterior pone de manifiesto que existen algunos riesgos imposibles de prever y que de él puedan surgir complicaciones tales como: infecciones, alteraciones fisiológicas por variaciones anatómicas individuales o reacciones adversas a medicamentos; la posibilidad que estas complicaciones antes mencionadas se presenten; se pueden minimizar conociendo el estado de salud actual del animal y los antecedentes médicos, por lo tanto, doy fe que los datos aquí consignados son reales y cualquier olvido u omisión son de mi responsabilidad. Aparte del consentimiento informado. El o los médicos veterinarios han informado al propietario las consecuencias y efectos que puede conllevar la realización del procedimiento quirúrgico. Por tanto, al consciente quedan exonerados al informar los riesgos y posibilidades del tratamiento médico o quirúrgico. El o los médicos veterinarios no se hacen responsables ante el usuario o propietario del animal, por reacciones individuales inmediatas o tardías adversas, producidas por efectos del tratamiento, medicamento o procedimiento quirúrgico, mientras estos hayan sido aplicados correctamente. El o los médicos veterinarios no se hace responsable de los animales que por su naturaleza no puedan manejarse sin la presencia del dueño y en ausencia de éste tampoco se hace responsable de los daños a terceros.

Así mismo, AUTORIZO al médico veterinario Andrei A. Rojas Suarez identificado con tarjeta profesional No. 40174 de manera expresa para que su personal auxiliar, médicos veterinarios y auditores, accedan a la información consignada en la historia clínica para la realización de trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva necesaria. El o los médicos veterinarios no se hacen responsables de la pérdida de animales como consecuencia de fuerza mayor o caso fortuito, ni de aquellas que por negligencia de su propietario se presenten. Mi consentimiento es voluntario, libre de toda presión de terceros, médicos veterinarios y auxiliares. Declaro que ACEPTO las condiciones del presente documento y exonero de toda responsabilidad civil, contractual, extra contractual en virtud del servicio que presten al animal. Adicionalmente entiendo que esta es una jornada de esterilización animal masiva.

Firma propietario o responsable de la mascota

Sara Pulido

HUELLA

Nombre completo: Sara Camila Pulido T.

No. identificación: 1005569979

ANEXO # 3





ANEXO #4

