



MINISTERIO DE SALUD  
REPUBLICA DEL ECUADOR

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CO-OPS-FT-11 V6

DATOS DEL INFORME

|                                                |                                  |           |                                |               |
|------------------------------------------------|----------------------------------|-----------|--------------------------------|---------------|
| Periodo a Certificar:                          | Desde:                           | 01-Feb-21 | Hasta:                         | 28-Feb-21     |
| Nombre del Contratista:                        | VILY ALEXANDRA PACHECO AMON      | Cédula:   | 1031144907                     |               |
| Correo Electrónico:                            | alexandra.pacheco.1107@gmail.com | Teléfono: | 3124580725                     |               |
| Nombre del Supervisor - Contratista:           | MONICA IVONNE RODRIGUEZ CARRERAS | Cargo:    | Profesional Salud Especialidad | Código-Grado: |
| Asesor técnico a la supervisión - Contratista: |                                  | Cargo:    |                                | No. CTO: 1450 |
| Asesor técnico a la supervisión - Contratista: |                                  | Perfil:   |                                | Código-Grado: |
|                                                |                                  |           |                                | No. CTO:      |

DATOS DEL CONTRATO

|                               |                 |               |      |                          |    |
|-------------------------------|-----------------|---------------|------|--------------------------|----|
| NO CONTRATO:                  | 002441          | Año Contrato: | 2021 | C.D.P. CONTRATO INICIAL: | 72 |
| Perfil:                       | Medico General  |               |      |                          |    |
| DIRECCION A LA QUE PERTENECE: | Hospitalización |               |      |                          |    |
| UNIDAD DE SERVICIOS:          | Santa Librada   |               |      |                          |    |

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| SERVICIOS                                                                          | UNIDAD        | CENTRO DE COSTOS | CANT HORAS ESTÁNDAR                                | CANT HORAS ADICIONALES | VALOR HORA | TOTAL        | PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------|----------------------------------------------------|------------------------|------------|--------------|---------------------------------|
| DIRECCION DE AMBULATORIOS                                                          |               |                  |                                                    |                        |            |              |                                 |
| DIRECCION DE URGENCIAS                                                             |               |                  |                                                    |                        |            |              |                                 |
| DIRECCION DE HOSPITALARIOS                                                         |               |                  |                                                    |                        |            |              |                                 |
| HOGAR MEDICINA GENERAL USS SANTA LIBRADA                                           | SANTA LIBRADA | IDJUC            | 168                                                | 12                     | \$ 33.570  | \$ 6.042.600 | 100.00%                         |
|                                                                                    |               |                  |                                                    |                        |            | \$ -         | 0.00%                           |
|                                                                                    |               |                  |                                                    |                        |            | \$ -         | 0.00%                           |
| UCI PEDIATRICA                                                                     |               |                  |                                                    |                        |            |              |                                 |
| UCI NEONATAL                                                                       |               |                  |                                                    |                        |            |              |                                 |
| UCI ADULTOS                                                                        |               |                  |                                                    |                        |            |              |                                 |
| DIRECCION COMPLEMENTARIOS                                                          |               |                  |                                                    |                        |            |              |                                 |
| CONVENIO APH                                                                       |               |                  |                                                    |                        |            |              |                                 |
| SIRC                                                                               |               |                  |                                                    |                        |            | \$ -         | 0.00%                           |
| RURALIDAD                                                                          |               |                  |                                                    |                        |            |              |                                 |
| PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD |               |                  |                                                    |                        |            |              |                                 |
| GESTION DEL RIESGO                                                                 |               |                  |                                                    |                        |            |              |                                 |
| SALUD PUBLICA PIC                                                                  |               |                  |                                                    |                        |            |              |                                 |
| HONORARIOS                                                                         |               |                  |                                                    |                        |            |              |                                 |
| REMUNERACION                                                                       |               |                  |                                                    |                        |            |              |                                 |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: ?                                                     | \$            | 6.042.600        | SEIS MILLONES CUARENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS |                        |            |              |                                 |

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| FECHA INICIO CONTRATO | FECHA TERMINACION | No. ADICION | VALOR ADICION | CDP | N. CUENTA SEGUN MES CERTIFICADO | MES CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR |
|-----------------------|-------------------|-------------|---------------|-----|---------------------------------|---------------------|---------------|
| 1/02/2021             |                   |             |               |     | 1                               | Enero               |               |
|                       |                   |             |               |     | 2                               | Febrero             | \$ 6.042.600  |
|                       |                   |             |               |     | 3                               |                     |               |
|                       |                   |             |               |     | 4                               |                     |               |
|                       |                   |             |               |     | 5                               |                     |               |
|                       |                   |             |               |     | 6                               |                     |               |
|                       |                   |             |               |     | 7                               |                     |               |
|                       |                   |             |               |     | 8                               |                     |               |
|                       |                   |             |               |     | 9                               |                     |               |
|                       |                   |             |               |     | 10                              |                     |               |
|                       |                   |             |               |     | 11                              |                     |               |
|                       |                   |             |               |     | 12                              |                     |               |
|                       |                   |             |               |     | 13                              |                     |               |

|                            |               |
|----------------------------|---------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 19.336.320 |
|----------------------------|---------------|

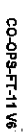
|                          |               |
|--------------------------|---------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | \$ 19.336.320 |
|--------------------------|---------------|

|                  |              |
|------------------|--------------|
| PAGOS REALIZADOS | \$ 6.042.600 |
|------------------|--------------|

|                    |               |
|--------------------|---------------|
| SALDO DEL CONTRATO | \$ 13.293.720 |
|--------------------|---------------|

EJECUCION DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERIODO REPORTADO

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 1. Prestar servicios de perfil (médico(a)) acorde con la Ley Art.º según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E. de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y concurrencias                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Se prestó los servicios con médico(a) acorde con la Ley Art.º según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E. de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Concurrencias                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 100%                 |
| 2. Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Se realizaron actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 100%                 |
| 3. Registrar en la historia clínica toda la información del acto médico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas, simultáneas o inmediatamente después de su realización, con integridad, secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1995, 839/2017 norma que la modifique o sustituya) | Se registro en la historia clínica toda la información del acto médico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas, simultáneas o inmediatamente después de su realización, con integridad, secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1995, 839/2017 norma que la modifique o sustituya) | 100%                 |
| 4. Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, estadísticas vitales, MIPRES en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Se apoyo en la actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, estadísticas vitales, MIPRES en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 100%                 |



|   |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                  |      |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 5 | Apoiar en la identificación, caracterización, inspección, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud. | Se apoya en la identificación, caracterización, inspección, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud. | 100% |
| 6 | Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.                                                                                                      | Se realizan acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.                                                                                                      | 100% |
| 7 | Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.                                                    | Se valora, evalúa, diagnostica, y se define plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.                                                   | 100% |
| 8 | Informar oportunamente a familia, accidente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.                                                                       | Se informa de manera oportunamente a familia, accidente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.                                                             | 100% |
| 9 | Otras actividades propias del perfil que fortalecen el desarrollo de las actividades misionales.                                                                                                                                               | Se realizan otras actividades propias del perfil que fortalecen el desarrollo de las actividades misionales.                                                                                                                                     | 100% |

| INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL |               |                    |                                            |
|--------------------------------------|---------------|--------------------|--------------------------------------------|
| PERÍODO AL QUE CORRESPONDE EL AÑO    | FECHA DE PAGO | NÚMERO DE PLANILLA | VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR |
| 2021                                 | 02            | 44468439           | \$ 5.459.580                               |

|                                                      |                                                                             |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS | CINCO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS OCHENTA PESOS |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|

| ITEM                 | ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL | INGRESO BASE DE CONTABILIZACION | VALOR MÍNIMO DE LOS APORTES | VALOR APORTADO (sobre el 10% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV |
|----------------------|---------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| PENSIONADO           | NO                                    |                                 | \$ 349.400                  | \$ 349.500                                                                              |
| SAUD                 | SANTAS EPS                            | \$ 2.183.832                    | \$ 273.000                  | \$ 273.000                                                                              |
| CAJA DE COMPENSACION | SURA R.L                              | \$                              | \$ 53.200                   | \$ 53.200                                                                               |
|                      | NO                                    |                                 | \$ 675.600                  | \$ 675.700                                                                              |

| INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO |                       |             |              |
|---------------------------|-----------------------|-------------|--------------|
| ENTIDAD BANCARIA          | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO CUENTA | NRO CUENTA   |
|                           |                       |             | 462370035224 |

WILLY ALEJANDRO PACHEON AMON  
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA  
1.031.144.907  
CC. NO. CONTRATISTA

MONICA IVONNE RODRIGUEZ CARDENA  
NOMBRE DEL SUPERVISOR  
Profesional Salud Especializado - Referente Unidad

0

NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISION

0

2021-02-12

**TOTALES POR SUBSISTEMAS**[illegible][illegible]

| TOTALES RIESGOS LABORALES |           |              |                       |                 |       |                        |                       |                      |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|-----------|--------------|-----------------------|-----------------|-------|------------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre    | NIT          | Cotización Obligación | Incapacidades   |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora Cotización | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |           |              |                       | No Autorización | Valor |                        |                       |                      |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURSA | 8890803780-6 | \$5,200               |                 |       |                        | \$5,200               | 0                    | 0                     | \$5,200             |                            |                     | \$32              | \$5,200       | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |     |              |           |                   |               |               |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |

| TOTALS PARAFISCALS |           |                   |               |               |
|--------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte       | Dias Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA               |           |                   |               |               |
| 0                  | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF               |           |                   |               |               |
| 0                  | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP               |           |                   |               |               |
| MEN                |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y More | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 273,000                             | 273,000       |
| Pensión                | 1                              | 348,500                             | 348,500       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 53,200                              | 53,200        |
| OCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 675,700                             | 675,700       |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (PLANESIMANO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOR     | UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2021-01              | 2021-01                           | I             | 05/02/2021               | 49466839        | \$576.700     |     |

[illegible]