ALCALDÍA MUNICIPAL DE Quibdó

CERTIFICADO DE SUPERVISIÓN Y AUTORIZACIÓN DE DESEMBOLSO

INFORMACIÓN CONTRACTUAL

Nombre del (la) Contratista	BLANCA YARED PARRA IBARGUEN	OBJETO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA APOYAR LAS ACCIONES DE FORTALECIMIENTO EN LAS FUNCIONES TÉCNICAS Y OPERATIVAS DE LA OFICINA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DE QUIBDÓ VIGENCIA 2025
Tipo de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS		
Contrato N°	066 DE 2025		
Documento de Identidad	C C N° 1.077.437.473		
Nombre de Supervisor(a) o Interventor(a)	LUZCELY CORDOBA CHAVERRA		
Cargo Supervisor(a) o Interventor(a)	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DE QUIBDO		

MANIFESTACIÓN DE INTENCIÓN

Una vez revisada la documentación enviada por el señor BLANCA YARED PARRA IBARGUEN en su calidad de contratista/convenido del Municipio de Quibdó de acuerdo con el contrato (conveni 066 en cumplimiento de la cláusula 7 del convenio/contrato en mención, solicito respetuosamente realizar el trámite de pago (o desembolso), con base en la siguiente información y anexos de cumplimiento que se relacionan:

INFORMACIÓN FINANCIERA

Número cuenta del (a) Contratista: 578760209 Banco: Banco de Bogotá Tipo cuenta: Ahorro

Fecha de inicio (Según Acta): 27-feb.-2025 Plazo de Ejecución: 10 meses, y 10 dias

Fecha de terminación (Incluye prórrogas): 31-dic.-2025

VALOR INICIAL	$	52.700.000,00
Adición 1		-
Adición 2		-
Adición 3		
VALOR TOTAL	$	52.700.000,00

Prórrogas	Días
Prórroga 1	
Prórroga 2	
Prórroga 3	

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

No. Certificado Disponibilidad Presupuestal	No. Registro Presupuestal	Fecha Registro Presupuestal	Código Rubro Presupuestal	Valor a pagar por Rubro Presupuestal en el presente pago
144	949	25/02/2025	2.3.2.02.02.009.19.05.07	680.000

INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

Salud	178.000	EPS	NUEVA EPS	Número de planilla	9483491374
Pension	227.800	Fondo Pensiones	COLPENSIONES	Número de planilla	9483491374
A.R.P	7.500	A.R.P	POSITIVA	Número de planilla	9483491374

***Nota: El pago del Fondo de Solidaridad Pensional - FSP, aplica únicamente cuando la base de cotizacion es mayor a 4 SMMLV.

INFORMACIÓN PARA LA LIQUIDACIÓN DEL PAGO

No. PAGO	PERÍODO DE PAGO DESDE	PERÍODO DE PAGO HASTA	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	VALOR PAGADO	VALOR A PAGAR SIN IVA	IVA	VALOR TOTAL A PAGAR	SALDO POR PAGAR
1	27-feb.-25	28-feb.-25	1,29%	-	680.000		680.000	52.020.000

CERTIFICACIÓN

El / la suscrito (a) supervisor (a) / interventor (a) certifica:

Que, BLANCA YARED PARRA IBARGUEN, identificado(a) con C C N° 1.077.437.473 cumplió a satisfacción con el objeto del (la) PRESTACION DE SERVICIOS N° 066 de 2025, de acuerdo con el informe presentado.

Que se verificaron los pagos efectuados por el (la) contratista al Sistema General de Seguridad Social y/o aportes parafiscales, correspondiente al presente periodo de pago, los cuales se efectuaron de

Que, con base en lo anterior se avala el pago por un valor de: $ 680.000 incluido IVA.

Fecha de expedición: 27 (Día) marzo (Mes) 2025 (Año)

Luzcely Cordoba Ch.

SUPERVISOR

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MUNICIPAL DE Quibdó

MUNICIPIO DE QUIBDÓ
DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA

GESTIÓN FINANCIERA

Aplica para personas naturales no comerciantes
NO RESPONSABLES DEL IMPUESTO A LAS VENTAS

FECHA DE EXPEDICIÓN 28/02/2025 **CONSECUTIVO NRO.** 1

ENTIDAD CONTRATANTE: MUNICIPIO DE QUIBDÓ
NIT. 891.680.011-0

DATOS DEL CONTRATISTA			
NOMBRE	BLANCA YARED PARRA IBARGUEN	NIT. Ó C.C	1.077.437.473
NRO. DE CUENTA	578760209	TIPO DE CUENTA	AHORRO
BANCO	BANCO DE BOGOTA	CIUDAD	QUIBDO
DIRECCIÓN	CRA. 10 # 29 - 18	TELÉFONO	3104474330

CONCEPTO PRESTACION DE SERVICIOS **NRO.** 066

Cuyo objeto es

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA APOYAR LAS ACCIONES DE FORTALECIMIENTO EN LAS FUNCIONES TÉCNICAS Y OPERATIVAS DE LA OFICINA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE QUIBDÓ.

CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 27 DE FEBRERO DEL 2025 AL 28 DE FEBRERO 2025.

VALOR EN NÚMEROS 680.000

SUBTOTAL	680.000
IVA ASUMIDO	
TOTAL	680.000

VALOR EN LETRAS: SEISCIENTOS OCHENTA MIL PESOS ($680.000) M/CTE

ENDOSO 1:

Beneficiario del endoso: _____ NIT/CC _____

Cuenta _____ Banco _____ Tipo _____

Concepto _____ Valor $ 0

ENDOSO 2:

Beneficiario del endoso: _____ NIT/CC _____

Cuenta _____ Banco _____ Tipo _____

Concepto _____ Valor $ 0

FIRMA Blanca Y. Parra Ibargüen
DIRECCIÓN CRA. 10 # 29 - 18
TELÉFONO 3104474330

Adquisiciones efectuadas a Personas Naturales no comerciantes o no responsables del Impuesto a las Ventas
Articulo 3 Decreto 522 de Marzo 7/2003

Powered by CamScanner

	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES
	FECHA DE APLICACIÓN: FEBRERO 2025

DATOS DEL INFORME					
Mensual	x	**Final**			
Informe mensual de actividades Nro. 1					
Fecha de Presentación:	28 de FEBRERO de 2025	**Período del informe:**	DESDE: 27 de FEBERERO 2025 HASTA: 28 de FEBRERO de 2025		
Nombre del Contratista:	BLANCA YARED PARRA IBARGUEN			**Nro. de documento de identidad:**	1077437473
Correo Electrónico:	yaredsitaparra@gmail.com			**Nro. de teléfono:**	3104474330
Nombre Interventor(a) o Supervisor(a):	LUZCELY CORDOBA CHAVERRA			**Nro. de documento de identidad:**	35895936
Nombre del Apoyo a la Supervisión:	*NO APLICA*			**Nro. de documento de identidad:**	NO APLICA
Valor del Contrato:	$ 52.700.000	**Valor de Adición:**	$ NO APLICA		

DATOS DEL CONTRATO					
Contrato Nro.	066				
Objeto:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA APOYAR LAS ACCIONES DE FORTALECIMIENTO EN LAS FUNCIONES TÉCNICAS Y OPERATIVAS DE LA OFICINA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE QUIBDÓ. VIGENCIA 2025				
CDP Nro.	144	**CRP Nro.**	949		
Póliza Nro.	No aplica	**Fecha Acta de Aprobación Póliza:**		**No aplica**	
Plazo:	10 Meses 2 Días	**Fecha de Iniciación:**	27 de febrero de 2025	**Fecha de Terminación:**	31 de diciembre de 2025
Modificaciones al Contrato:	*(Relacione aquí todo lo correspondiente a una prórroga, adición y/o suspensión, si es el caso)*				

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
Obligaciones Contractuales	**Actividades realizadas y/o productos entregados**	**Soportes**

Powered by CamScanner

	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES FECHA DE APLICACIÓN: FEBRERO 2025	
1. Apoyar la ejecución del Plan de vigilancia y demás acciones que programe en el área, para ello deberá organizar un plan operativo de las actividades conformes a los productos asignados de manera periódica, haciendo el debido seguimiento y ajuste respectivo.	Reunión con la coordinadora VSP donde se realizó georreferenciación de mapas y socialización de distribución de referentes por epidemiólogas.	*Fotografías* *Mapas* *Listado de distribución*
2. Apoyar como epidemióloga el análisis y monitoreo del comportamiento de los eventos responsables de referentes no especializados en epidemiología.	En el periodo del informe no se realizó esta actividad.	**No aplica**
3. Acompañar (por lo menos 1 vez al mes o cuando sea casos especiales) en terreno a las visitas de investigación epidemiológica de campo y las búsquedas activas comunitarias que realiza el personal técnico, haciendo la debida retroalimentación.	En el periodo del informe no se realizó esta actividad.	**No aplica**
4. Realizar análisis de casos para el desarrollo de las unidades de los eventos que los requieran conjuntamente con el resto del equipo involucrado.	En el periodo del informe no se realizó esta actividad.	**No aplica**
5. Socializar y presentar trimestralmente un informe técnico, operativo y de gestión de los avances de acuerdo con los eventos asignados.	En el periodo del informe no se realizó esta actividad.	**No aplica**
6. Generar alertas tempranas, sugerir y participar en la atención de planes de respuesta a brotes o emergencias en salud cuando se presenten.	Se participó en reunión den la formulación del plan de Malaria 2025.	**Fotografías**
7. Realizar las debidas orientaciones técnicas o asesorías semanales y educación continua al personal técnico asignado, de acuerdo a las necesidades evidenciadas durante el desarrollo operativo de sus tareas.	En el periodo del informe no se realizó esta actividad.	**No aplica**

Powered by CamScanner

	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES
	FECHA DE APLICACIÓN: FEBRERO 2025

8.	Realizar jornada de correlación entre programa y SIVIGILA (semanalmente) en conjunto con sistemas de información, de acuerdo con el o los eventos asignados, realizando los ajustes requeridos, la georreferenciación de los casos y mantenerlos actualizados.	Ajustes del evento Malaria en HLIRV	**Fotos y acta**
9.	Apoyar la elaboración y presentación de informes mensuales internos y externos según los eventos asignados.	En el periodo del informe no se realizó esta actividad.	**No aplica**
10.	Cumplir las demás actividades relacionadas con el objeto del contrato que le sean asignadas por el supervisor.	En el periodo del informe no se realizó esta actividad.	**No aplica**

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SUSCRIPCIÓN DEL INFORME

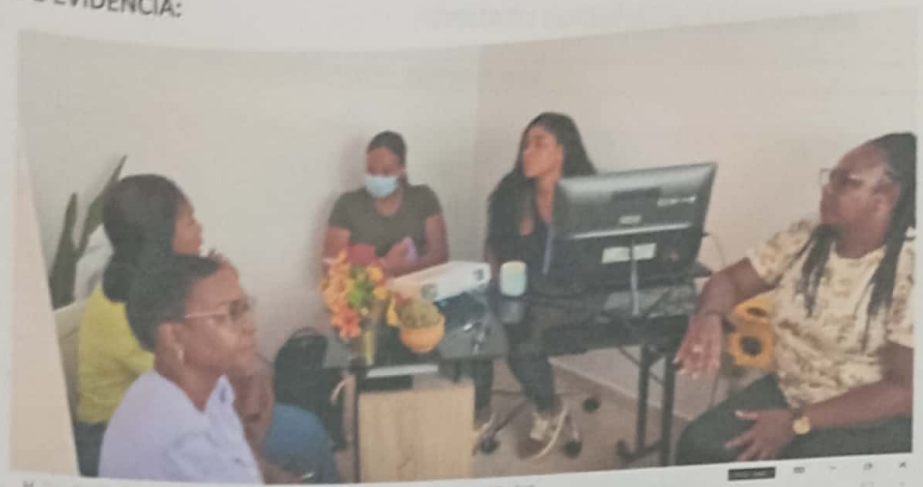
El supervisor con la firma del presente documento certifica que verificó el cumplimiento de las obligaciones contractuales para el período de presentación de este informe, como el pago de los aportes respectivos al Sistema de Seguridad Social, por concepto de salud, pensiones y ARL, por tal razón, se autoriza el pago al Contratista de la suma SIESCIENTOS OCHENTA MIL PESOS (680.000 PESOS M/CTE)

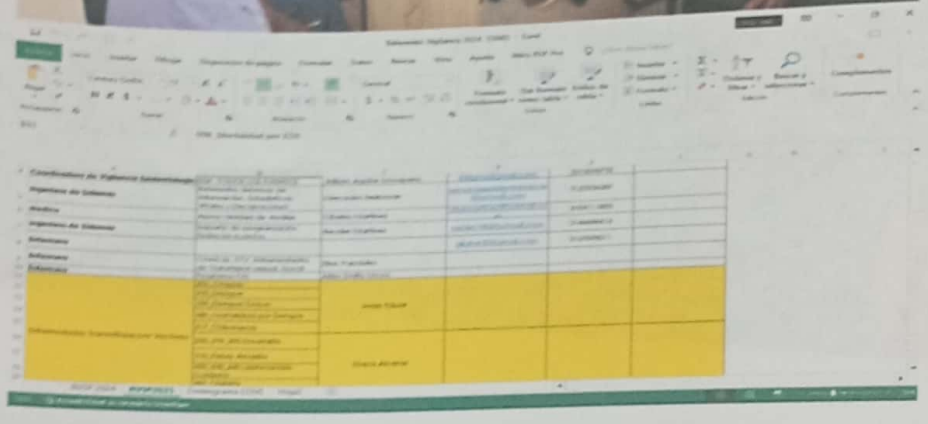
Blanca Y. Parra Ibarguen	Luzcely Cordoba Ch.
Firma del contratista	**Firma Supervisor**
BLANCA YARED PARRA IBARGUEN	*LUZCELY CORDOBA CHAVERRA*

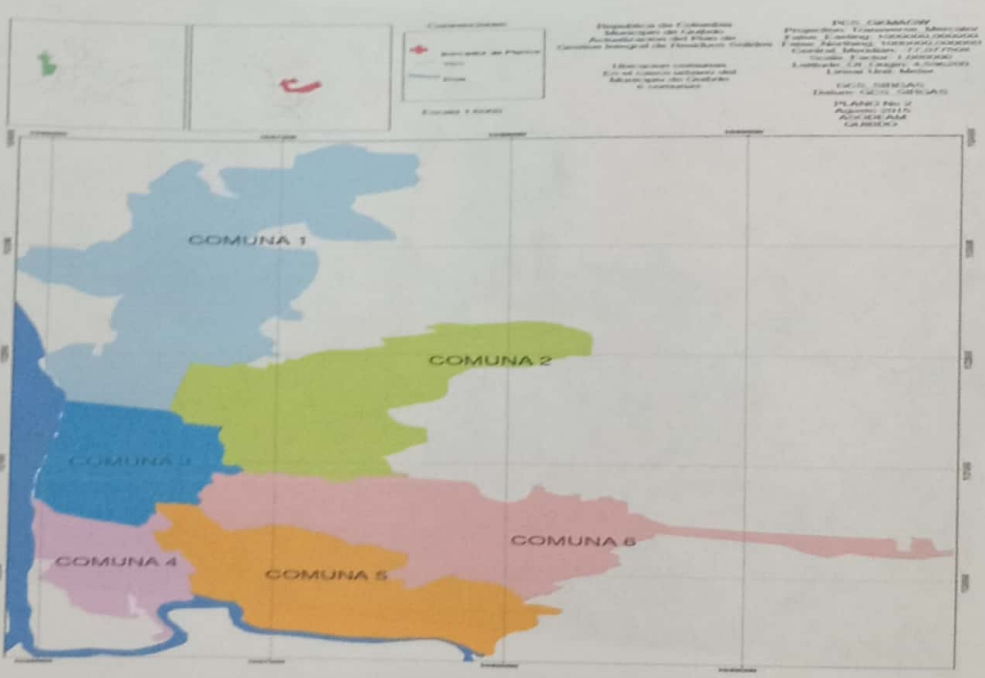
Powered by CamScanner

	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES
	FECHA DE APLICACIÓN: FEBRERO 2025

ANEXO DE EVIDENCIA:

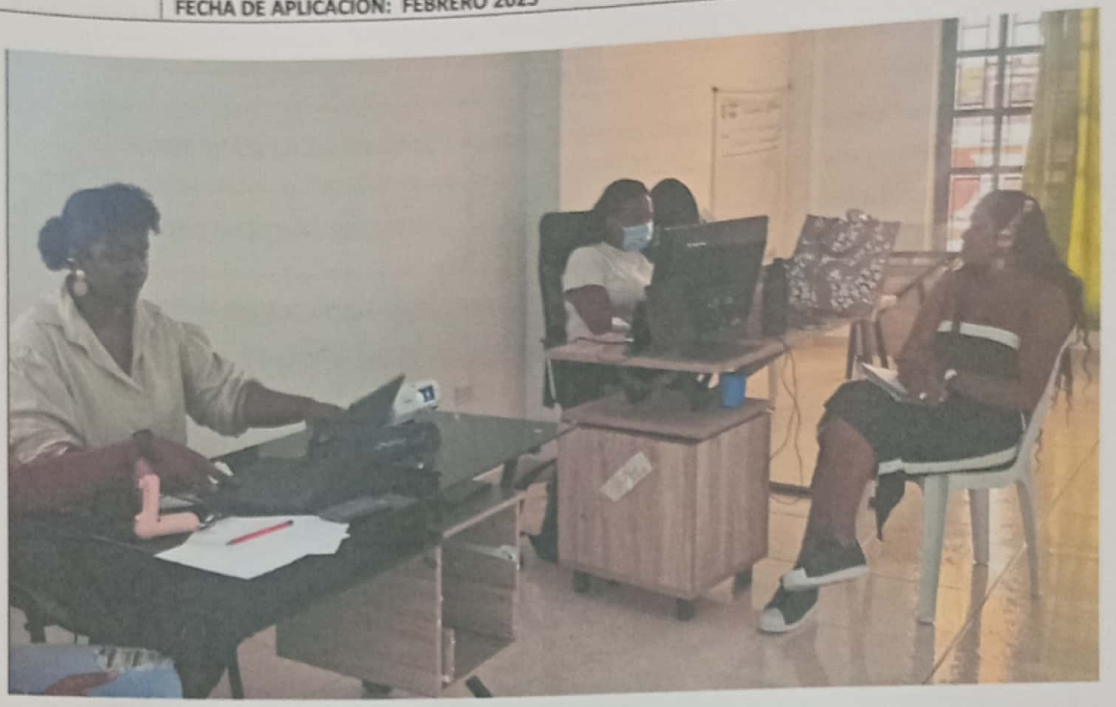






Powered by CamScanner

	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES
	FECHA DE APLICACIÓN: FEBRERO 2025





Powered by CamScanner

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA DE APLICACIÓN: FEBRERO 2025

ACTA No. 01

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Asistencia técnica Colvol malaria Hospital Ismael Roldan Valencia

CIUDAD Y FECHA: 28/02/2025 | **HORA INICIO:** 02:00 pm | **HORA FIN:** 05:00pm

LUGAR Y/O ENLACE: Hospital Ismael Roldan Valencia

AGENDA O PUNTOS PARA DESARROLLO

1. Presentación de los asistentes
2. Desarrollo de la asistencia técnica
3. Compromisos y varios

OBJETIVO(S) DE LA REUNIÓN: Definir el proceso de notificación de los colvol de malaria en el Hospital Ismael Roldan Valencia para mejorar la calidad del reporte y la oportunidad.

Verificar la adherencia y cumplimiento de la notificación al subsistema de información eventos de salud pública malaria

Realizar el seguimiento continuo y sistemático de acuerdo con los procesos establecidos

ALCALDÍA DE QUIBDÓ Nit. 891680011-0 | SECRETARÍA DE SALUD

ACTIVIDAD: Asistencia tecnica de malaria – Hospital Ismael Roldan Valencia

FECHA: Hora: 2:30pm

REGISTRO DE ASISTENCIA

	NOMBRE	DOCUMENTO	CELULAR	INSTITUCION	CORREO	FIRMA
2	Jennis Elena Palacios	917598 57	3233972874	SSMQ	palacios.palacios@gmail.com	
3	Lenys Lugo	1077	3147223	HLIRV	lenysilha.lugo@gmail.com	
4	William [illegible]	1077	3206030732	ESM Q	[illegible]	
5	[illegible]	1077	3104	HLIRV	[illegible]	
6	Carlos andrés Perea M.	8.356.737.	3105364917	HLIRV	Karlosp316@gmail.com	
7	Jhon Francis Moreno R	1077477294	3117864564	HLIRV	leyesmoreno@hotmail.com	
8	Kevin Steven Cossio Domínguez	1077463626	3208527063	HLIRV	Kevinstivencossio@hotmail.com	
9	Yuliana Jara Mosquera	1077457423	3104474380	SSMQ	yulijaramosquera@gmail.com	
10						
11						
12						
13						
13						

Responsable: Coordinadora de Vigilancia en Salud Pública Area

Powered by CamScanner

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1077437473		PARRA IBARGUEN BLANCA YARED	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 10 29 18	QUIBDO-CHOCO	3104474330	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1364417569	9483491374	I	2025/03/18	2025/03/27	NEQUI	9	$427,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$1,300	$0	$229,100
COLPENSIONES	Z5-14	900,336,004	7	1	$227,800	$1,300	$0	$229,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$100	$0	$7,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,500	$100	$0	$7,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,400	$100	$0	$11,500
COMFACHOCÓ	CCF29	891,600,091	8	1	$11,400	$100	$0	$11,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$1,100	$0	$179,100
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$178,000	$1,100	$0	$179,100
TOTAL				1	$424,700	$2,600	$0	$427,300

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

Powered by CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1077437473		PARRA IBARGUEN BLANCA YARED	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 10 29 18	QUIBDO-CHOCO	3104474330	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1364417569	9483491374	I	2025/03/18	2025/03/27	NEQUI	9	$427,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$569,000	$11,400			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$569,000	$11,400			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: QUIBDO Depto: CHOCO (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$569,000	$11,400			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC	1077437473	PARRA BLANCA	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$178,000	CCF29	30	$569,000	$11,400	14-23	30	$1,423,500	$7,500	30	$0	$0
Total	Afiliados(1)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$569,000	$11,400			$1,423,500	$7,500		$0	$0

Powered by CamScanner

Quibdó, 28 de febrero de 2025

Señores
ALCALDIA
Ciudad.

REF: CERTIFICACIÒN PARA EFECTOS DE RETENCIÓN EN LA FUENTE LEY 1819 DE 2016- RENTAS DE TRABAJO.

CERTIFICACIÒN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo, **BLANCA YARED PARRA IBARGUEN,** identificado con cedula de ciudadanía No. **1.077.437.473** expedida en **Quibdó**, con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la ley 1819 de 2016 y del parágrafo 2 del artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del Estatuto tributario, la cual se le aplica a los pagos o abonos en cuenta por concepto de Ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales. **(Parágrafo 2 ART 383 E.T).**

SI ( ) **NO (X)**

De la misma manera, en el momento en que contrate o vincule más de un trabajador asociado a mi actividad económica, me comprometo a informar.

Cordialmente,

BLANCA YARED PARRA IBARGUEN
C.C. **1.077.437.473** de Quibdó

Powered by CamScanner