2219

ALCALDÍA MUNICIPAL DE Quibdó

CERTIFICADO DE SUPERVISIÓN Y AUTORIZACIÓN DE DESEMBOLSO

INFORMACIÓN CONTRACTUAL

Nombre del (la) Contratista	BLANCA YARED PARRA IBARGUEN
Tipo de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS
Contrato Nº	066 DE 2025
Documento de Identidad	C.C. Nº 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
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

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 días
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	5.100.000

INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

Salud	255.000	EPS	NUEVA EPS	Número de planilla	9485311078
Pension	326.400	Fondo Pensiones	COLPENSIONES	Número de planilla	9485311078
A.R.P	10.700	A.R.P	POSITIVA	Número de planilla	9485311078

***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
3	1-abr.-25	30-abr.-25	20,65%	5.780.000	5.100.000		5.100.000	41.820.000

CERTIFICACIÓN

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

Que, BLANCA YARED PARRA IBARGUEN, identificado(a) con C.C. Nº 1.077.437.473 cumplió a satisfacción con el objeto del (la) PRESTACION DE SERVICIOS Nº 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: $ 5.100.000 incluido IVA.

Fecha de expedición: 30 (Dia) abril (Mes) 2025 (Año)

Luzcely Cordoba G.

SUPERVISOR

Es

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: 30/04/2025 CONSECUTIVO NRO. 3

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 1 DE ABRIL DEL 2025 AL 30 DE ABRIL 2025.

VALOR EN NÚMEROS 5.100.000	SUBTOTAL	5.100.000
	IVA ASUMIDO	
	TOTAL	5.100.000
VALOR EN LETRAS:	CINCO MILLONES CIEN MIL PESOS ($5.100.000) 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 Ibargue

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

Quibdó, 30 de abril de 2025

Señores
ALCALDÍA MUNICIPAL DE QUIBDÓ
Ciudad.

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

CERTIFICACION BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo, **BLANCA YARED PARRA IBARGUEN** identificada con cédula 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 de 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, **"He contratado o vinculado más de un trabajador asociado a mi actividad económica por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos". (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 – Chocó

Powered by CamScanner

	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES
	FECHA DE APLICACIÓN: ABRIL 2025

DATOS DEL INFORME					
Mensual ☒			**Final** ☐		
Informe mensual de actividades Nro. 3					
Fecha de Presentación:	30 de ABRIL de 2025	**Período del informe:**	**DESDE: 1 de ABRIL 2025 HASTA: 30 DE ABRIL 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 10 Días	**Fecha de Iniciación:**	**27 de febrero 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

Powered by CamScanner

	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES
	FECHA DE APLICACIÓN: ABRIL 2025

Obligaciones Contractuales	Actividades realizadas y/o productos entregados	Soportes
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.	Se realizó planeación para la implementación del formato de revisión del kit de Violencia sexual para la verificación de este es las IPS de atención. Se asistió a la reunión de Socialización Plan 2025 SSMQ, con el fin de encaminar las actividades de acuerdo a las metas propuestas en el plan operativo para el año 2025.	Fotografías
2. Apoyar como epidemióloga el análisis y monitoreo del comportamiento de los eventos responsables de referentes no especializados en epidemiología.	Se realizó reunión con el equipo para el fortalecimiento de capacidades en la realización del informe trimestral y retroalimentación del boletín, con el fin de obtener información acertada.	Fotografías
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.	Se hizo acompañamiento en la realización de IEC de Fiebre amarilla con el fin de brindar pautas para los próximos casos probables que se presenten.	Fotografias

Powered by CamScanner

	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES FECHA DE APLICACIÓN: ABRIL 2025	
4. Realizar análisis de casos para el desarrollo de las unidades de los eventos que los requieran conjuntamente con el resto del equipo involucrado.	A la fecha no se han presentado casos que requieran unidades de análisis en los eventos que tienes los referentes a cargo.	No aplica
5. Socializar y presentar trimestralmente un informe técnico, operativo y de gestión de los avances de acuerdo con los eventos asignados.	Se presentaron informes del año 2024 corregidos de acuerdo a las observaciones remitidas por la coordinadora y el Boletín Periodo corte semana 12.	Pantallazos
6. Generar alertas tempranas, sugerir y participar en la atención de planes de respuesta a brotes o emergencias en salud cuando se presenten.	Se asistió a reunión instalación PMU Fiebre amarilla, de acuerdo a las líneas dadas a nivel nacional se tomaron medidas en la vigilancia del evento para Quibdó como lo es la verificación diaria del reporte por la auxiliar que apoya el evento.	Pantallazo
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.	Se hizo fortalecimiento de capacidades con los referentes de acuerdo a los eventos y las actividades propias, enfatizando en la Fiebre amarilla.	Fotografías

Powered by CamScanner

	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES
	FECHA DE APLICACIÓN: ABRIL 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.	Se brindó orientación de ajustes de cada uno de los eventos a cargo d ellos referentes actividad que realizan semanal.	Fotografias
9. Apoyar la elaboración y presentación de informes mensuales internos y externos según los eventos asignados.	Se solicitaron los informes y boletines, se realizó consolidación y se enviaron a la coordinación de VPS	Pantallazos

Powered by CamScanner

	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES
	FECHA DE APLICACIÓN: ABRIL 2025

10. Cumplir las demás actividades relacionadas con el objeto del contrato que le sean asignadas por el supervisor.	Se asistió a las reuniones de apertura de las EAPB Coosalud, Nueva EPS, Sanitas; se hizo el proceso de auditoria y cargue al aplicativo de Gaudi; posteriormente el cierre. Recepción visita de seguimiento malaria – Banco-interamericano. Se realizó solicitud al laboratorio departamental del consolidado de muestras de malaria analizados con el fin de realizar cálculo de índice de positividad en los informes, de manera que mensualmente se tenga acceso a este y este análisis se incluya en los informes y boletines del evento.	Fotografias Listados de asistencia

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

1. Acompañamiento continuo al equipo de referentes.
2. Fortalecimiento técnico en los eventos a cargo.
3. Validación de ajustes pertinentes de acuerdo a los eventos

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 CINCO MILLONES CIEN MIL PESOS (5.100.000 PESOS M/CTE)

Firma del contratista	**Firma Supervisor**
BLANCA YARED PARRA IBARGUEN	*LUZCELY CORDOBA CHAVERRA*

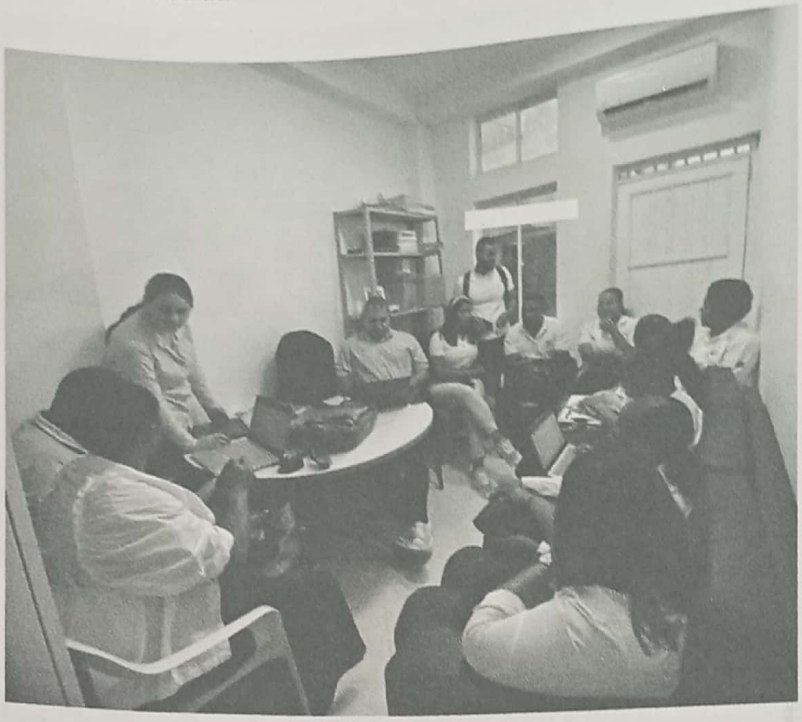
Powered by CamScanner

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA DE APLICACIÓN: ABRIL 2025

ANEXO DE EVIDENCIA:

Auditoria Gaudí - Coosalud



ALCALDÍA DE QUIBDÓ
NIT. 891680011-0

Código 160
SECRETARÍA DE SALUD

ACTIVIDAD: Apertura Gaudi Coosalud

FECHA: 01/06/2025 HORA: 9:00am

REGISTRO DE ASISTENCIA

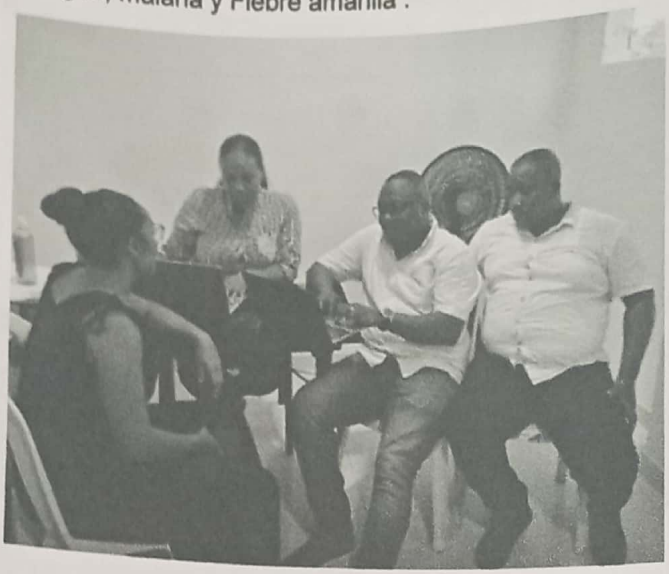
	NOMBRE	DOCUMENTO	CELULAR	INSTITUCION	CORREO	FIRMA
2	Guillermo Angulo Marquez	1077431629	3215872132	SSMQ	guillermoangulo@quibdo-choco.gov.co	
3	Jennifer Giraldo Mena	1077491463	3136642826	SSMQ	oficina.apoyocoosalud@gmail.com	
4	Yuri Yadira Lloreda Mosquera	1077439178	3104444880	SSMQ	yuri.lloreda@gmail.com	
5	Eline Pandales Ramos	28899284	3146199026	SSMQ	elinepandales@coosalud.com	
6	Pabulo Mosquera Estupiñan	1077437619	3104111803	SSMQ	Pmosquera@coosalud.com	
7	Alexandra L. Palacios M	1077435637	3128660182	SSMQ	aplicacionesquibdo@coosalud.com	
8	Ruby Yamile Duque Palacios	1077491048	3106498210	SSMQ	auxiliarcoosaludquibdo@gmail.com	
9	Yudelvia Moreno Cordoba	1128944937	3218744240	SSMQ		
10	Jhon Sebastian Cardona Correa	1077461378	3206215490	SSMQ	Jhonsebastiancardonacorrea@gmail.com	
11	Carlos Mauricio Cordoba	98.840.834	3154382046	SSMQ	carlosmaurifer@hotmail.com	
12	Nestor Martinez Rivas	1077436589	3146686416	SSMQ	Nestor198@hotmail.com	
13	Leny Vargas Patiño	1036779348	3137160246	Coosalud EPS	Lvargas@coosalud.com	
14	Pablo Abondo 2.	1.095078.457	3104472145	Coosalud EPS	Pabondo@coosalud.com	

Responsable: Area

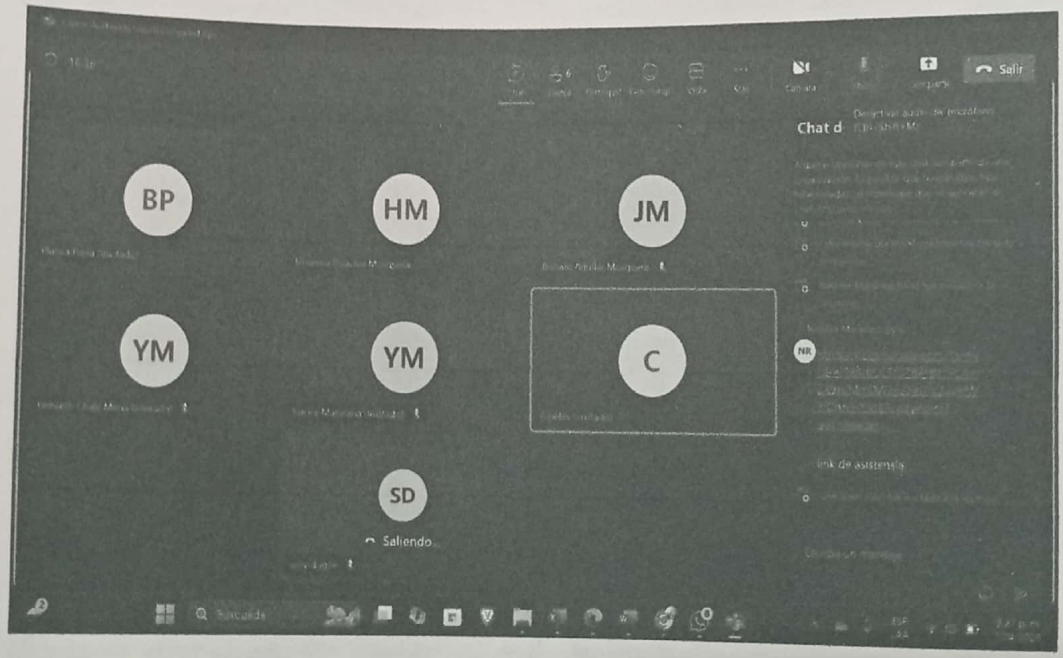
Powered by CamScanner

	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES
	FECHA DE APLICACIÓN: ABRIL 2025

Capacitación de Informe trimestral Enero a marzo 2025, cruces de bases eventos dengue, malaria y Fiebre amarilla .



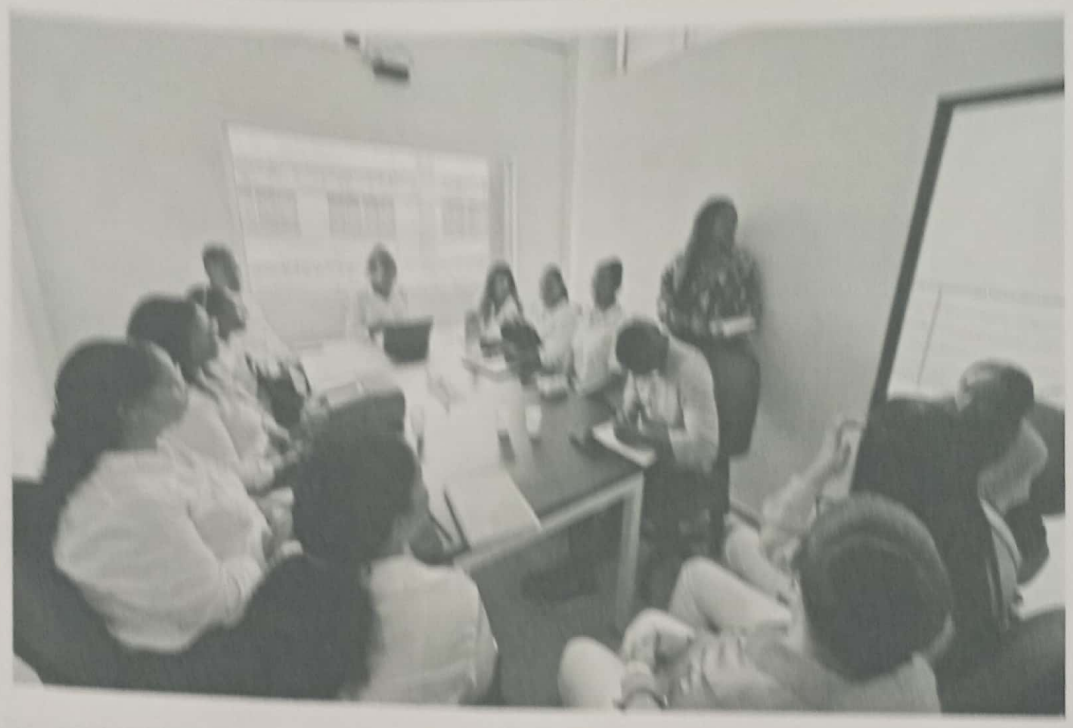
Cierre gaudi coosalud



Apertura Gaudi Nueva EPS

Powered by CamScanner

	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES
	FECHA DE APLICACIÓN: ABRIL 2025



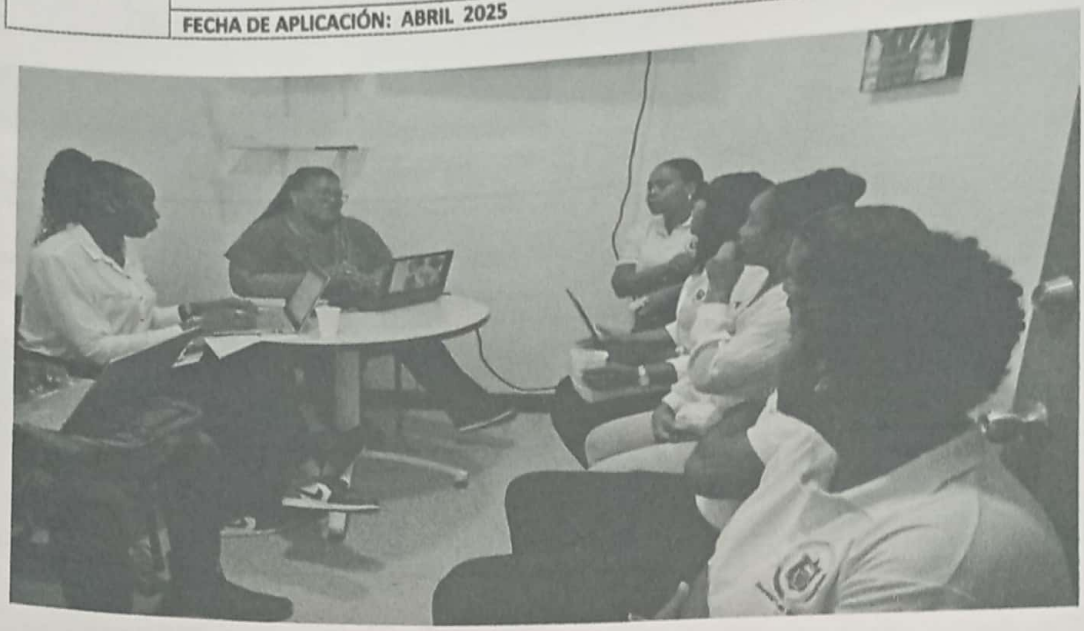
Socializacion Plan 2025 SSMQ



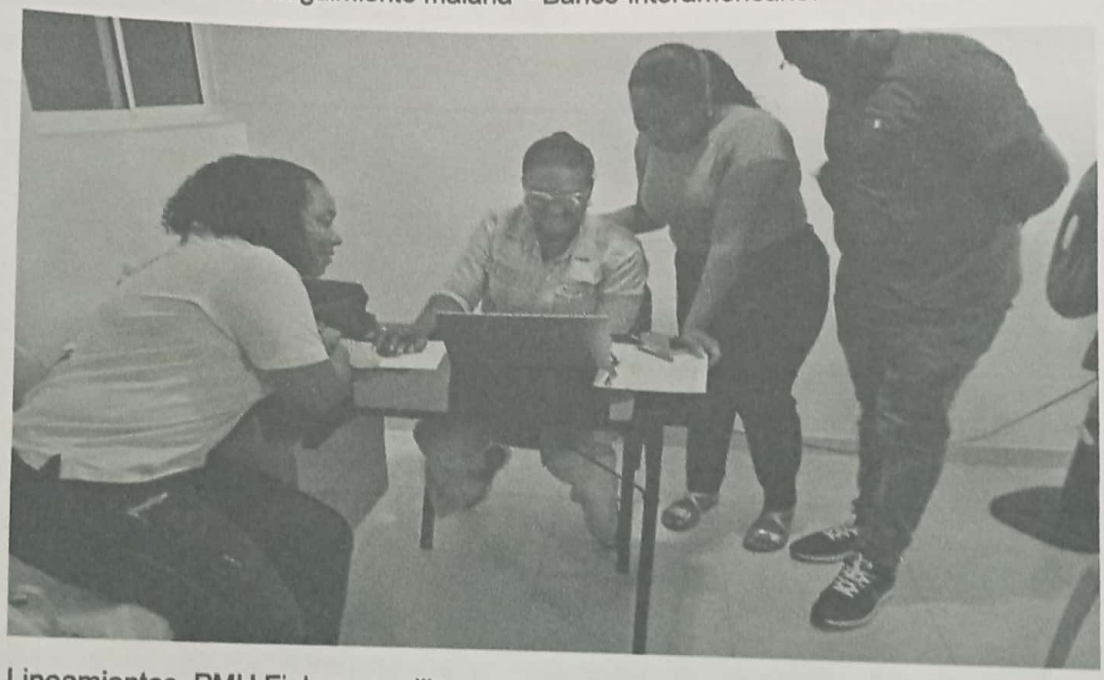
Apertura auditoria Gaudi - Sanitas

Powered by CamScanner

	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES
	FECHA DE APLICACIÓN: ABRIL 2025



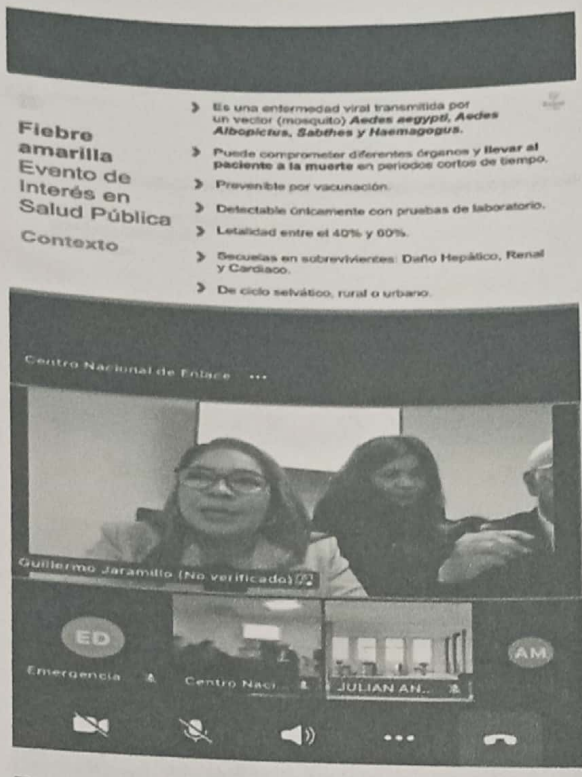
Recepción visita de seguimiento malaria – Banco-interamericano.



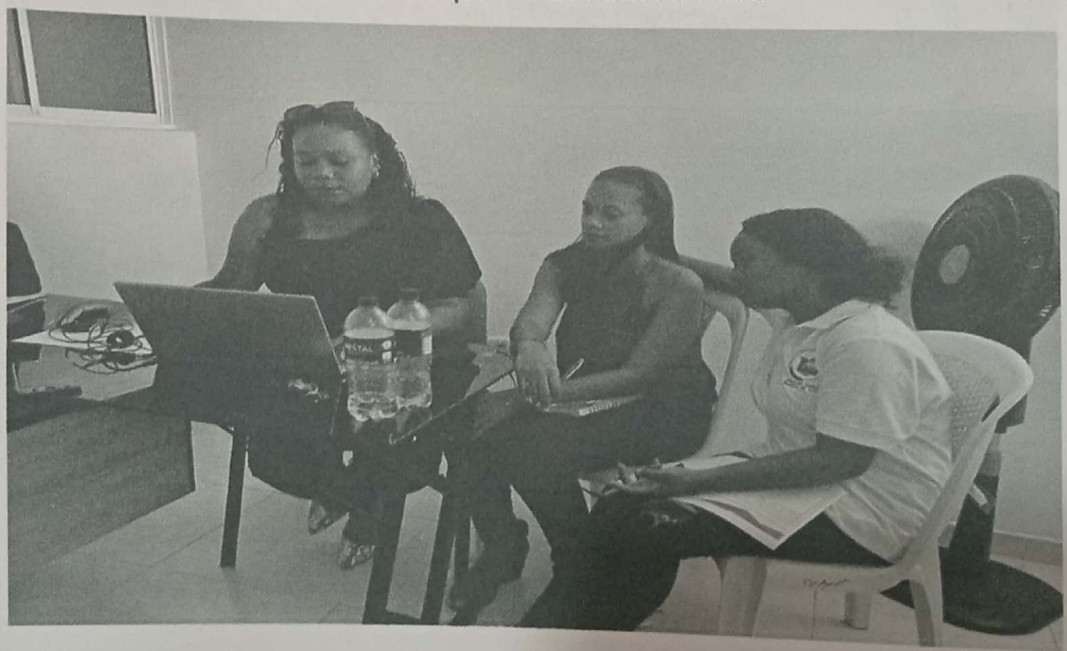
Lineamientos_PMU Fiebre amarilla

Powered by CamScanner

	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES
	FECHA DE APLICACIÓN: ABRIL 2025

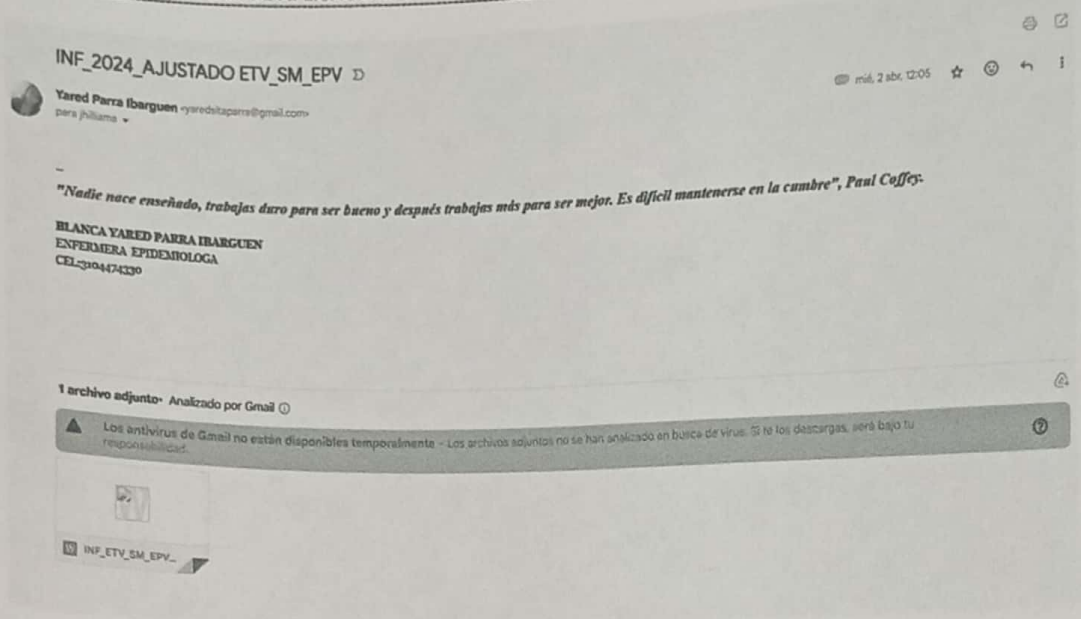


Reunion_Instrumento de lista de chequeo Kit de violencia sexual

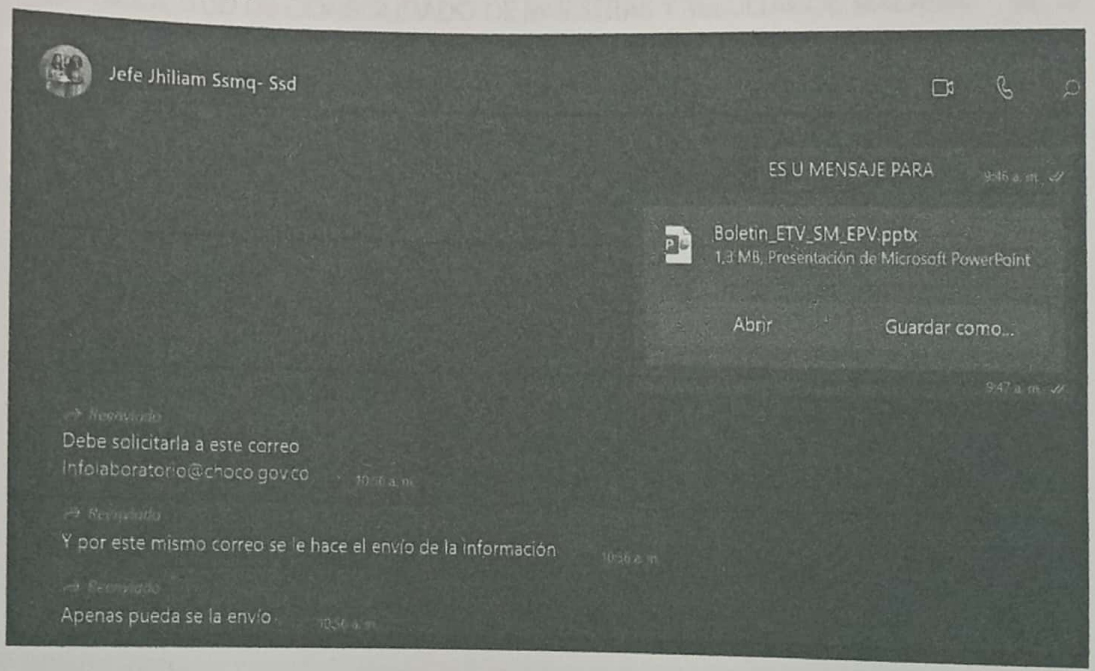


Powered by CamScanner

	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES
	FECHA DE APLICACIÓN: ABRIL 2025



Boletin semana 12



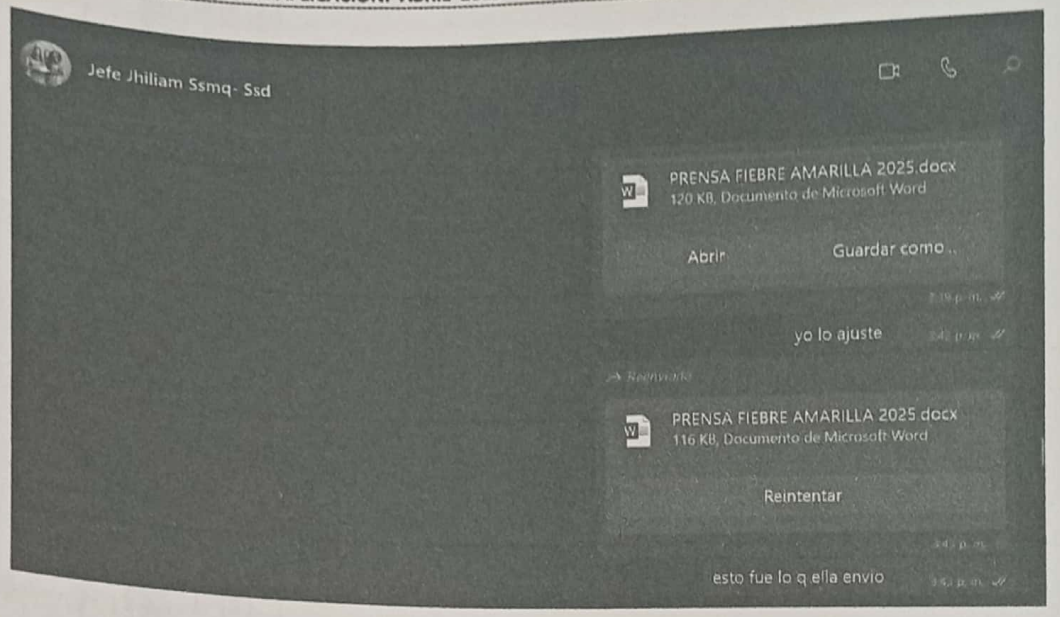
Comunicado a prensa de Fiebre amarilla.

Powered by CamScanner

ALCALDÍA DE QUIBDÓ
Nit. 891680011-0

160 SECRETARÍA DE SALUD

	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES
	FECHA DE APLICACIÓN: ABRIL 2025



SOLICITUD DE CONSOLIDADO DE MUESTRAS Y RESULTADOS MALARIA 2025

Resumir este correo

vigilancia sec salud <vigilancia@quibdo-choco.gov.co>
para infolaboratorio

jue, 24 abr, 15:10 (hace 4 días)

Buenas tardes,

De manera atenta, se solicita el envío del consolidado de muestras de malaria tomadas y sus resultados enero - marzo del año 2025. Y de ser posible dentro de los 10 primeros días del mes remitirnos a este correo el consolidado del mes anterior.

Quedo atenta a su respuesta.

Blanca Parra
Epidemiologa
3104474330

Powered by CamScanner

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	Días Mora	Valor
2025-04	2025-04	1438848056	9485311078	I	2025/05/19	2025/04/28	NEQUI	0	$632,900

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)					$2,040,000	$326,400			$2,040,000	$255,000			$2,040,000	$40,800			$2,040,000	$10,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,040,000	$326,400			$2,040,000	$255,000			$2,040,000	$40,800			$2,040,000	$10,700		$0	$0
Ciudad: QUIBDO Depto: CHOCO (1 Afiliados)					$2,040,000	$326,400			$2,040,000	$255,000			$2,040,000	$40,800			$2,040,000	$10,700		$0	$0
1	CC	1077437473	PARRA BLANCA	25-14	30	$2,040,000	$326,400	EPS037	30	$2,040,000	$255,000	CCF29	30	$2,040,000	$40,800	14-21	30	$2,040,000	$10,700	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$2,040,000	$326,400			$2,040,000	$255,000			$2,040,000	$40,800			$2,040,000	$10,700		$0	$0

Powered by CamScanner

aportes en línea

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
2025-04	2025-04	1438848056	9485311078	I	2025/05/19	2025/04/28	NEQUI	0	$632,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$326,400	$0	$0	$326,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$326,400	$0	$0	$326,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,700	$0	$0	$10,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$10,700	$0	$0	$10,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$40,800	$0	$0	$40,800
COMFACHOCÓ	CCF29	891,600,091	8	1	$40,800	$0	$0	$40,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$255,000	$0	$0	$255,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$255,000	$0	$0	$255,000
TOTAL				1	$632,900	$0	$0	$632,900

2025/04/28 04:42 AM

Powered by CamScanner