



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 SECRETARÍA 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 QUIBDÓ		

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 (convenio 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	9488553255
Pension	326.400	Fondo Pensiones	COLPENSIONES	Número de planilla	9488553255
A.R.P	49.700	A.R.P	POSITIVA	Número de planilla	9488553255

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

INFORMACIÓN PARA LA LIQUIDACIÓN DEL PAGO

No. PAGO	PERÍODO DE PAGO		PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	VALOR PAGADO	VALOR A PAGAR SIN IVA	IVA	VALOR TOTAL A PAGAR	SALDO POR PAGAR
	DESDE	HASTA						
6	1-jul.-25	31-jul.-25	49,68%	21.080.000	5.100.000		5.100.000	26.520.000

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: **\$ 5.100.000** incluido IVA.

Fecha de expedición: 31 julio 2025
 Día Mes Año

Luzcely Cordoba C.
 SUPERVISOR



FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES	
FECHA DE APLICACIÓN: JULIO DE 2025	

DATOS DEL INFORME			
Mensual X		Final	
Informe mensual de actividades Nro. 6			
Fecha de Presentación:	31-JULIO-2025	Periodo del informe:	DESDE: 01 DE JULIO 2025 HASTA: 31 DE JULIO 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): (E)	LUZCELY CORDOBA CHAVERRA	Nro. de documento de identidad:	35895926
Nombre del Apoyo a la Supervisión:	<i>No Aplica</i>	Nro. de documento de identidad:	No Aplica
Valor del Contrato:	52.700.000	Valor de Adición:	\$ 0
DATOS DEL CONTRATO			
Contrato Nro.	066 DE 2025		
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





FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES	
FECHA DE APLICACIÓN: JULIO DE 2025	

Plazo:	10 MESES	Fecha de Iniciación:	27-02-2025	Fecha de Terminación:	31-12-2025
---------------	----------	-----------------------------	------------	------------------------------	------------

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
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.	<p>1.1. Reunión de equipo mensual.</p> <p>1.2. Revisión de los boletines ETV, SALUD MENTAL, RIESGO AMBIENTAL y EPV semana 28.</p> <p>1.3. Reunión con trabajo social de la SSMQ para planear la convocatoria de Nuevos ColVol.</p>	<p>1.1.1 Acta de reunión y listado de asistencia. https://drive.google.com/drive/folders/1beoqFSoQ7IZBEXsEvSD9SOshk6SSCAn2?usp=drive_link</p> <p>1.1.2 Registro fotográfico</p> <p>1.2.1 Boletín Consolidado https://docs.google.com/presentation/d/14jk_LkoLgVuMsOCvv7zS9U1DKrkkk9Xp/edit?usp=drive_link&oid=110498974733011502402&rtpof=true&sd=true</p> <p>1.2.2 Boletín Enviado.</p> <p>1.3.1 Acta Reunión y Listado de Asistencia https://drive.google.com/drive/folders/1beoqFSoQ7IZBEXsEvSD9SOshk6SSCAn2?usp=drive_link</p> <p>1.3.2 Registro fotográfico.</p>





FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA DE APLICACIÓN: JULIO DE 2025

<p>2. Apoyar como epidemióloga el análisis y monitoreo del comportamiento de los eventos responsables de referentes no especializados en epidemiología.</p>	<p>2.1 Se llevó a cabo una reunión con el equipo de vigilancia con el objetivo de fortalecer capacidades técnicas y realizar una retroalimentación del boletín epidemiológico, asegurando que la información consignada fuera clara, completa y acorde al corte de la semana epidemiológica 28.</p> <p>2.2 Acompañamiento en Salas situacionales de Malaria.</p>	<p>2.1.1 Acta de reunión. https://drive.google.com/drive/folders/1beoqFSoQ7IZBEXsEvSD9SOshk6SSCAn2?usp=drive_link</p> <p>2.1.2 Registro Fotográfico</p> <p>2.2.1 Acta y listado de asistencia. https://drive.google.com/drive/folders/1zjGCGO4esiG9UeuvqynAmr1cRmL1-ge5?usp=sharing</p>
<p>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.</p>	<p>3.1. Se realizó acampamiento a BAC al corregimiento de Winandó en el rio Munguidó</p> <p>3.2 Acompañamiento a verificación de Kit de código fucsia en las IPS.</p>	<p>3.1.1 Informe BAC Leishmaniasis.</p> <p>3.1.2 Registro Fotográfico</p> <p>3.2.1 Registro fotográfico acompañamiento revisión de Kits de código Fucsia.</p>
<p>4. Realizar análisis de casos para el desarrollo de las unidades de los eventos que los requieran conjuntamente con el resto del equipo involucrado.</p>	<p>A la fecha no se han presentado casos que requieran unidades de análisis en los eventos que tienes los referentes a cargo.</p>	<p>No aplica</p>
<p>5. Socializar y presentar trimestralmente un informe técnico, operativo y de gestión de los avances de acuerdo con los eventos asignados.</p>	<p>5.1 Se realiza apoyo a los referentes asignados en la elaboración de los Boletín epidemiológicos.</p> <p>5.2 Sala situacional de Malaria.</p>	<p>5.1.1 Boletín Consolidado. https://drive.google.com/drive/folders/1szc2ywmEv6jFpsDkLj</p>





FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA DE APLICACIÓN: JULIO DE 2025

		<p>zRgXCCKrVr37?usp=drive link</p> <p>5.2.1 Acta Sala Situacional.</p> <p>https://drive.google.com/drive/folders/1zjGCGO4esiG9UeuvgynAmr1cRmL1-ge5?usp=drive link</p>
<p>6. Generar alertas tempranas, sugerir y participar en la atención de planes de respuesta a brotes o emergencias en salud cuando se presenten.</p>	<p>6.1 Se participó en la BAC de Leishmaniasis – Winandó</p>	<p>6.1.1 Registro fotográfico.</p> <p>6.1.2 Acta y Asistencia</p> <p>https://drive.google.com/drive/folders/1beoqFS0Q7IZBEXsEvSD9SOshk6SSCAn2?usp=drive link</p>
<p>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.</p>	<p>7.1 Se realizó jornada de fortalecimiento con el equipo teniendo en cuenta la realización de las asistencias técnicas para los grupos de eventos asignados, protocolos y seguimiento a procesos.</p>	<p>7.1.1 Acta</p> <p>7.1.2 Listado de asistencia</p> <p>7.1.3 Registro Fotográfico</p>
<p>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,</p>	<p>8.1 Se participó en una reunión con la ingeniera de sistemas de información y los referentes asignados, con el propósito de gestionar y realizar los ajustes necesarios derivados de la revisión técnica de los grupos de eventos de Salud Mental.</p>	<p>8.1.1 Registros fotográficos.</p>





FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

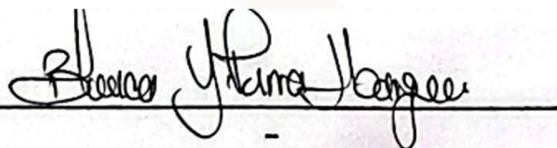
FECHA DE APLICACIÓN: JULIO DE 2025

<p>9. Apoyar la elaboración y presentación de informes mensuales internos y externos según los eventos asignados.</p>	<p>9.1 Se realizó el informe de BAC realizada y se remitió a la coordinación para su revisión</p> <p>9.2 Apoyó en la preparación de sala situacional Malaria.</p>	<p>9.1.1 Informe de Sitrep BAC</p> <p>9.2.1 Actas sala situacional</p> <p>https://drive.google.com/drive/folders/1beoqFSoQ7IZBEXsEvSD9SOshk6SSCAn2?usp=drive_link</p>
<p>10. Las demás actividades que le sean asignadas por su supervisor y que estén acordes con la naturaleza del cargo y la dependencia.</p>	<p>10. 1 Se asistió el COVE mensual.</p>	<p>10.1.1 Registros fotográficos</p>

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 periodo 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 de CINCO MILLONES CIENTO MIL PESOS M/CTE (5.100.000)

 <p>Firma del contratista</p> <p>BLANCA YARED PARRA IBARGUEN</p>	 <p>Firma Supervisor</p> <p>LUZCELY CORDOBA CHAVERRA</p>
---	--





FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA DE APLICACIÓN: JULIO DE 2025

ANEXOS

1.1.2 Registro fotográfico reunión de equipo en la secretaria de salud 2/07/2025.



1.2.2 Pantallazo Boletín consolidado enviado.

Boletin epidemiologico consolidado Sem_28 ETV - SM

B Blanca Yared Parra Iburguen <epi.yaredparra@gmail.com>
para vigilancia

10:52 a.m. (hace 8 minutos) ☆ 😊 ↩

Buen día,

Se remite Boletín consolidado del equipo. se hizo devolución del Boletín de leptospirosis.

Un archivo adjunto • Analizado por Gmail



↩ Responder ↪ Reenviar 😊





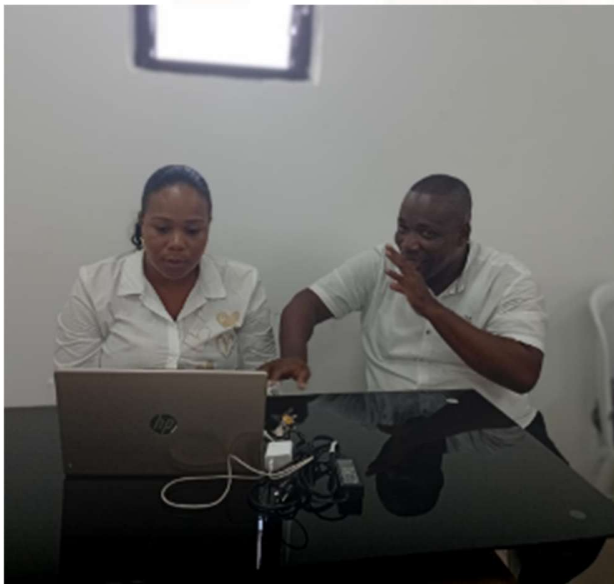
FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA DE APLICACIÓN: JULIO DE 2025

1.3.2 Registro fotografico de reunión con trabajo social de la SSMQ para planear la convocatoria de Nuevos CoVol. 7/07/2025



2.1.2 Retroalimentación Boletín Epidemiológico semana 28. 28/07/2025



3.1.1 Informe BAC Leishmaniasis

✉ contacto@quibdo-choco.gov.co

📍 Cra 2 N 24a - 32 Quibdó, Chocó | Código postal 270001

🌐 @alcaldiaequibdo

🌐 www.quibdo-choco.gov.co





FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA DE APLICACIÓN: JULIO DE 2025

ALCALDÍA MUNICIPAL DE QUIBDÓ Informe de Reporte de Situación (SITREP) Secretaría de Salud Municipal. Área Vigilancia en Salud Pública.			
Reporte de situación No. 1	Situación en seguimiento: Leishmaniasis	Fecha elaboró: 22/07/2025 Aprobado: 22/07/2025	Hora de informe: 13:00:00
1. Detalles de la situación		2. Ubicación geográfica (mapa)	
Departamento: Chocó	Municipio: Quibdó Corregimiento: Winandó	Corregimiento: Centro poblado Winandó.	
Elaborado por: Blanca Yared Parra Ibarguen			
Henry Asprilla Kelly Mosquera Juan Carlos Maturana Guevara Blanca Yared Parra Teléfono de contacto: 3104474330 Correo electrónico: vigilancia@quibdo-chocho.gov.co			

3.1.2 Registro Fotográfico BAC Leishmaniasis





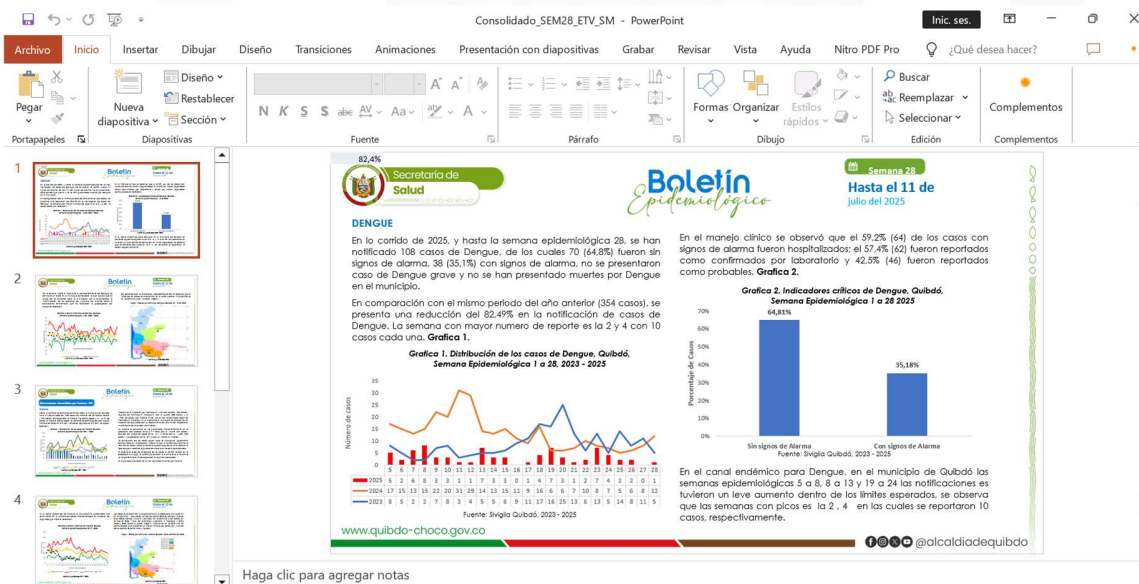
FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA DE APLICACIÓN: JULIO DE 2025

3.2.1 Registro fotográfico acompañamiento revisión de Kits de código Fucsia.



5.1.1 Boletín Consolidado ETV y SM SE 28.





FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA DE APLICACIÓN: JULIO DE 2025

6.1.1 Registro Fotográfico reunión planeación BAC Leishmaniasis



SUPERVISOR

9.1.1 Informe BAC Leishmaniasis

SITREP_LEISHMANIASIS_WINANDÓ x

+ Añadir herramientas
Añada las herramientas que más utiliza al grupo
Herramientas favoritas

B. Situación Actual

En el marco de la respuesta institucional, el lunes 11 de julio de 2025 se realizó una búsqueda activa comunitaria (BAC), en el corregimiento de Winandó, el cual está ubicado en el río Munguidó del municipio de Quibdó, del departamento del Chocó, aproximadamente a 4 horas, vía fluvial.

Se llegó al lugar aproximadamente a las 13:00horas, iniciado de inmediato la socialización con la promotora y líder de la comunidad para aperturar el acceso con las personas residentes en el corregimiento.

Durante el ejercicio se visitaron un total de 63 casas, entrevistando a un total de 140 personas que se encontraban en el centro poblado durante los días 11 y 12 de julio del 2025, además en conjunto con el equipo básico de salud se realizaron actividades de toma de muestra de los casos que presentan síntomas asociados.

Número total Viviendas visitadas	59
Total, de personas encuestadas	140
Número total de personas educadas	140
% de viviendas abiertas = total de viviendas abiertas / total de viviendas visitadas x 100	69,1%
Total, casas cerradas	17
% de viviendas cerradas = total de viviendas cerradas / total de viviendas visitadas x 100	30,9%
% de viviendas deshabitadas = total de viviendas deshabitadas / total de viviendas cerradas x 100	4
% de viviendas renuentes = total de viviendas renuentes / total de viviendas cerradas x 100	0
Total, personas por vivienda	aprox,5



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
2025-07	2025-07	1650974364	9488553255	I	2025/08/20	2025/07/24	NEQUI	0	\$671,900

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	\$49,700		\$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	\$49,700		\$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	\$49,700		\$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	14-23	30	\$2,040,000	\$49,700	30	\$0	\$0
Total	Afiliados(1)				\$2,040,000	\$326,400			\$2,040,000	\$255,000			\$2,040,000	\$40,800			\$2,040,000	\$49,700		\$0	\$0

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
2025-07	2025-07	1650974364	9488553255	I	2025/08/20	2025/07/24	NEQUI	0	\$671,900

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	\$49,700	\$0	\$0	\$49,700	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$49,700	\$0	\$0	\$49,700	
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	\$671,900	\$0	\$0	\$671,900	



Yared Parra Ibarquen <yaredsitaparra@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada  CUS 1650974364

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: yaredsitaparra@gmail.com

24 de julio de 2025, 15:20

**¡Hola, BLANCA YARED PARRA IBARGUEN!****Estado de la Transacción:** Aprobada **Los siguientes son los datos de tu transacción:****Valor:** \$ 671.900**Empresa:** APORTES EN LINEA**Descripción:** Pago de la Planilla de aportes con clave:
9488553255**Fecha de la transacción:** 24/07/2025**CUS:** 1650974364

Gracias por utilizar nuestro servicio.

**Ten encuenta estos tips de seguridad:**

Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.



No abras enlaces sospechosos.



Cambia tus contraseñas con regularidad.



Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.



Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.