



CERTIFICADO DE SUPERVISIÓN Y AUTORIZACIÓN DE DESEMBOLSO

INFORMACIÓN CONTRACTUAL		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
Nombre del (la) Contratista	BLANCA YARED PARRA IBARGUEN	
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 (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	

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

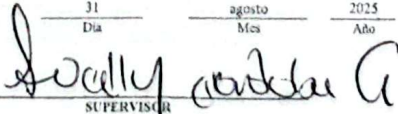
INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
Salud	255.000	EPS	NUEVA EPS	Número de planilla	9489689321
Pensión	326.400	Fondo Pensiones	COLPENSIONES	Número de planilla	9489689321
ARP	49.700	ARP	POSITIVA	Número de planilla	9489689321

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

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						
7	1-ago-25	31-ago-25	59,35%	31.280.000	5.100.000		5.100.000	21.420.000

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 agosto 2025
 Día Mes Año

 SUPERVISOR



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

31/08/2025

CONSECUTIVO NRO.

7

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	QUIBDÓ
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 AL 31 DE AGOSTO 2025.

VALOR EN NÚMEROS \$.100.000

SUBTOTAL

5.100.000

IVA ASUMIDO

TOTAL

5.100.000

VALOR EN LETRAS:

CINCO MILLONES CIENTO 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

DIRECCIÓN

TELÉFONO

CRA. 10 # 29 - 18

3104474330

Adquisiciones efectuadas a Personas Naturales no comerciantes o no responsables del Impuesto a las Ventas

Artículo 3 Decreto 522 de Marzo 7/2003

	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES
	FECHA DE APLICACIÓN: AGOSTO DE 2025

DATOS DEL INFORME			
Mensual X		Final	
Informe mensual de actividades Nro. 7			
Fecha de Presentación:	31-AGOSTO-2025	Período del informe:	DESDE: 01 DE AGOSTO 2025 HASTA: 31 DE AGOSTO 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:	<i>No Aplica</i>
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: AGOSTO 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.	1.1. Reunión de equipo mensual. 1.2. Revisión de los boletines ETV, SALUD MENTAL, RIESGO AMBIENTAL y EPV semana 32. 1.3. Reunión de articulación con TS y Colaboradores voluntarios. 1.4 Reunion de preparación de la jornada conmemoración día internacional del dengue.	1.1.1 Acta de reunión y listado de asistencia. https://drive.google.com/drive/folders/1beoqFSoQ7IZBEXsEvSD9SOshk6SSCAn2?usp=drive_link 1.1.2 Registro fotográfico 1.2.1 Boletín Consolidado https://docs.google.com/presentation/d/14jk_LkoLgVuMsOCvv7zS9U1DKrkkk9Xp/edit?usp=drive_link&oid=110498974733011502402&rtopf=true&sd=true 1.2.2 Boletín Enviado. 1.3.1 Acta Reunión y Listado de Asistencia https://drive.google.com/drive/folders/1beoqFSoQ7IZBEXsEvSD9SOshk6SSCAn2?usp=drive_link 1.3.2 Registro fotográfico. 1.4.1 Registro fotografico



FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES		
FECHA DE APLICACIÓN: AGOSTO 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 32.</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_m-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 Acompañamiento a verificación de Kit de código fucsia en las IPS.</p> <p>3.2 Acompañamiento a la conmemoración día internacional del dengue.</p>	<p>3.1.1 Registro fotográfico acompañamiento revisión de Kits de código Fucsia.</p> <p>3.2.1 Registro Fotografico.</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 style="text-align: center;">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/1szc2ywmEv6jFpsDkLlj</p>



FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES	
FECHA DE APLICACIÓN: AGOSTO DE 2025	

		<p>zRgXCClkrVr37?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>
6. Generar alertas tempranas, sugerir y participar en la atención de planes de respuesta a brotes o emergencias en salud cuando se presenten.	6.1. Reunión de seguimiento y articulación coordinadores de Colaboradores voluntarios	6.1.1 Registro Fotográfico
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.	7.1 Retroalimentación informe de boletín epidemiológico corte semana 28 - 32	7.1.1 Registro fotografico
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.	8.1. Se realizó depuración de bases de los eventos de Zoonosis.	8.1.1 Bases depuradas con identificación y rutinas actualizadas.
9. Apoyar la elaboración y presentación de informes mensuales internos y externos según los eventos asignados.	9.1 Apoyó en la preparación de sala situacional Malaria.	<p>9.1.1 Pantallazo y Actas sala situacional</p> <p>https://drive.google.com/drive/folders/1DcG5oQ7IZBEXsEyoquibdo</p>



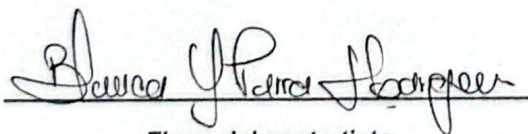
FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES	
FECHA DE APLICACIÓN: AGOSTO DE 2025	

		SD9SOshk6SSCAn2?usp=drive link
10. Las demás actividades que le sean asignadas por su supervisor y que estén acordes con la naturaleza del cargo y la dependencia.	<p>10. 1 Se participó el COVE mensual.</p> <p>10.2 Aperturas auditoria Gaudi semestre II 2025.</p>	<p>10.1.1 Registros fotográficos</p> <p>10.2.1 Registro Fotograficos y Listados de Asistencias Aperturas auditoria Gaudi semestre II 2025.</p>

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

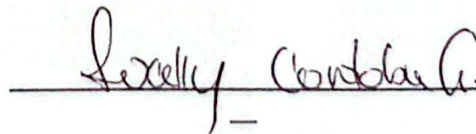
SUSCRIPCIÓN DEL INFORME

El supervisor con la firma del presente documento certifica que verificó el cumplimiento de las obligaciones contractuales para el 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 de CINCO MILLONES CIEN MIL PESOS M/CTE (5.100.000)



Firma del contratista

BLANCA YARED PARRA IBARGUEN



Firma Supervisor

LUZCELY CORDOBA CHAVERRA

JMP.



FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES	
FECHA DE APLICACIÓN: AGOSTO DE 2025	

ANEXOS

1.1.2 Registro fotográfico reunión de equipo en la secretaria de salud.



FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA
 ALCALDIA DE QUIBDÓ
 DEPENDENCIA: *Secretaría de Salud Municipal - USP*

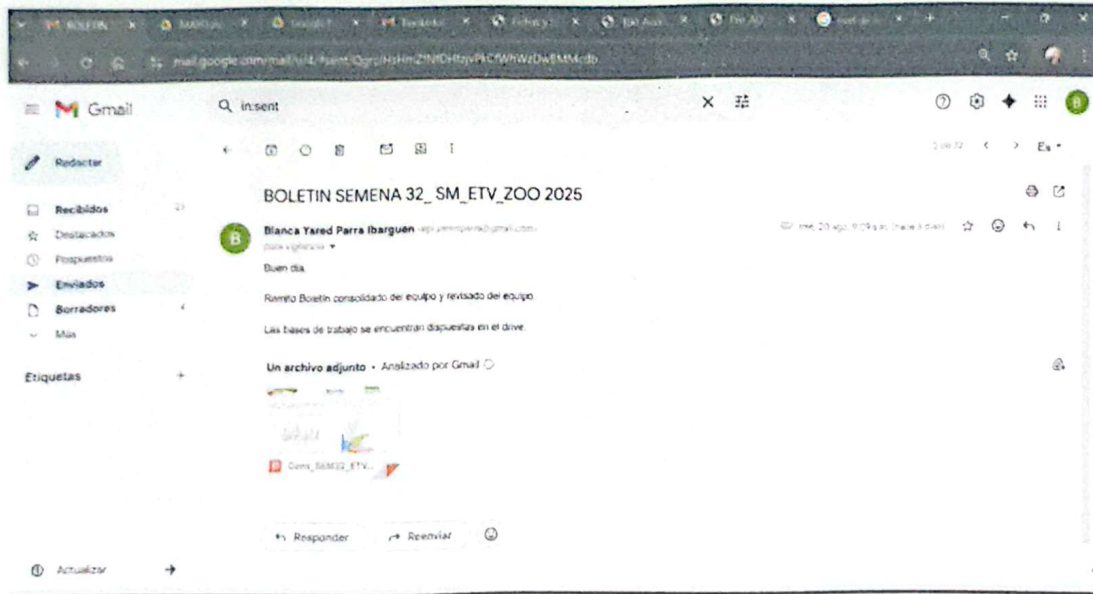
NOMBRE	CARGO	DPO DE PARTICIPACIÓN	TELÉFONO / EMAIL	FIRMA
<i>Andrés...</i>	<i>...</i>	<i>X</i>	<i>...</i>	<i>...</i>
<i>...</i>	<i>...</i>	<i>X</i>	<i>...</i>	<i>...</i>
<i>...</i>	<i>...</i>	<i>X</i>	<i>...</i>	<i>...</i>
<i>...</i>	<i>...</i>	<i>X</i>	<i>...</i>	<i>...</i>
<i>...</i>	<i>...</i>	<i>X</i>	<i>...</i>	<i>...</i>



FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA DE APLICACIÓN: AGOSTO DE 2025

1.2.2 Pantallazo Boletín consolidado enviado.



Secretaría de Salud

Boletín Epidemiológico

Semana 32

Hasta el 9 de agosto de 2025

Intento de Suicidio

A semana epidemiológica 32 del 2025 se han notificado 16 casos del evento, en comparación con el año inmediatamente anterior se evidencia una disminución ya que para 2024 se habían presentado 27 casos. Gráfica 15.

Gráfica 15. Notificación de casos de Intento de Suicidio. Quibdó. Semana Epidemiológica 32 del 2025.

Mapa. Georreferenciación de casos de intento de suicidio presentados a semana 32 del año 2025.

El 18,75% de los casos (3 de 16) tuvo intentos previos de suicidio. El mecanismo más utilizado fue la intoxicación con 10 casos, representando el 62,50%. La tasa de inodencia es de 10,89 casos por cada 100.000 habitantes.

El 87,50% de los casos (14 de 16) corresponden al sexo femenino. Según la pertenencia étnica el 87,50% de los casos notificados corresponden a personas afrodescendientes y 100% de los casos en la cabecera municipal.

www.quibdo-choco.gov.co

contacto@quibdo-choco.gov.co

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

@alcaldiaquibdo

www.quibdo-choco.gov.co



FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES	
FECHA DE APLICACIÓN: AGOSTO DE 2025	

1.3.1 Registro fotografico de reunión con trabajo social de la SSMQ articulación con líderes sociales referente al desarrollo del Plan Piloto de Malaria - Quibdó



1.4.1 Planeación jornada conmemoración día internacional del dengue.



2.1.2 – 7.1.1 Retroalimentación Boletín Epidemiológico semana 32 2025

contacto@quibdo-choco.gov.co

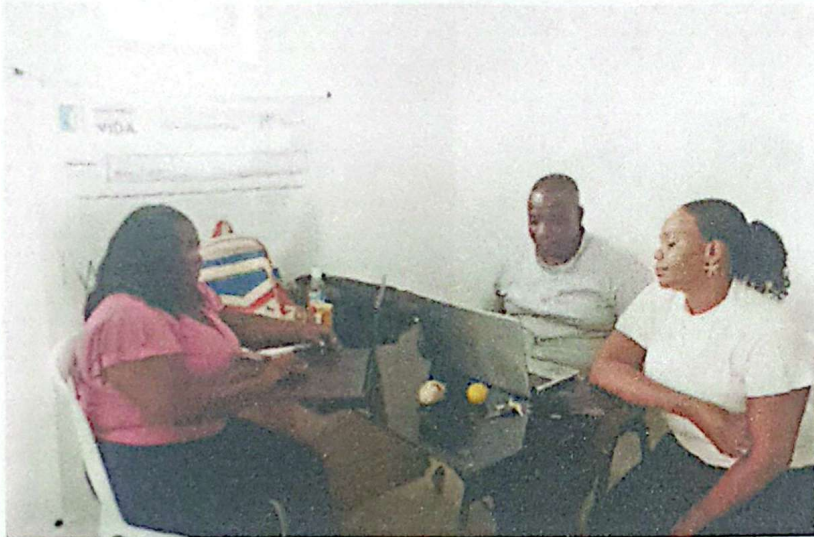
Cra 2 N 24a - 32 Quibdó, Chocó | Código postal 270001

@alcaldiaequibdo

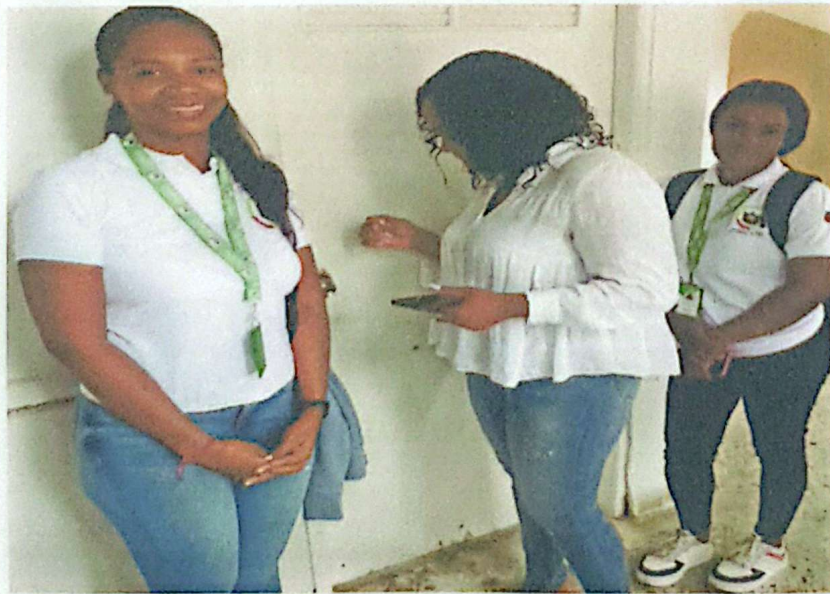
www.quibdo-choco.gov.co



FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES	
FECHA DE APLICACIÓN: AGOSTO DE 2025	



3.1.1 Registro fotográfico acompañamiento revisión de Kits de código Fucsia.



3.2.1 Conmemoración día internacional del Dengue 26/08/2025

✉ contacto@quibdo-choco.gov.co

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

🌐 @alcaldiaquibdo


🌐 www.quibdo-choco.gov.co



FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES	
FECHA DE APLICACIÓN: AGOSTO DE 2025	



5.1.1 Boletín Consolidado ETV y SM SE 32.



Secretaría de
Salud

Boletín
Epidemiológico

Semana 32
Hasta el 09 de
Agosto de 2025

Enfermedades Transmitidas por Vectores - ETV

Malaria

A semana epidemiológica 32 del 2025 se han notificado 2146 casos de malaria, de los cuales 98,5% (2114 casos) corresponden a malaria no complicada y el 1,5% (32 casos) a malaria complicada. La semana epidemiológica con mayor número de casos es la 2 con 131 casos, seguido de la 3 con 125 casos y la 9 con 122 casos. **Gráfica 1.**

Gráfica 1. Distribución de los casos de malaria, Quibdó, Semanas Epidemiológicas 01 a 32, 2021 - 2025

Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 53,6% (1151 casos), seguido de *Plasmodium falciparum* con el 44,5% (954 casos), y el 1,9% (41 casos) por malaria mixta. No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*. En el momento el municipio se encuentra en situación de seguridad con un descenso de casos del 62,0% con respecto al mismo corte del año 2024 (5647 casos).

La malaria o paludismo se ha presentado mayoritariamente en la población con edades entre 5 - 9 años con el 12,6% (271 casos), seguido del grupo de edad entre 15 - 19 años con el 11,9% (256 casos), y la población entre 10 - 14 con un 11,1% (238 casos).

La distribución de los casos según sexo se encuentra concentrada en la población masculina con el 55,5% equivalentes a 1190 de los casos. La tasa de positividad de la prueba de malaria no evidencia una variación para Quibdó (35,38 %).

En cuanto a la pertenencia étnica, el 65,4% pertenecen a la etnia afro, el 24,8% a la indígena, el 84,5% corresponden al régimen subsidiado.

En el periodo evaluado no se han registrado muertes por malaria.

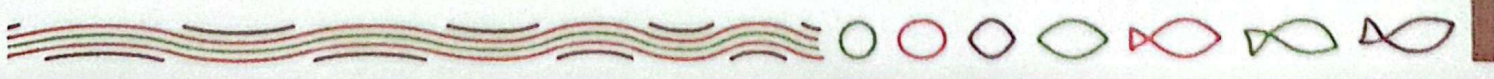
www.quibdo-choco.gov.co

[@alcaldiadequibdo](https://www.facebook.com/alcaldiadequibdo)

6.1.1 Articulación VSP_SSMQ con Coordinadores de CoVol Quibdó.

contacto@quibdo-choco.gov.co Cra 2 N 24a - 32 Quibdó, Chocó | Código postal 270001

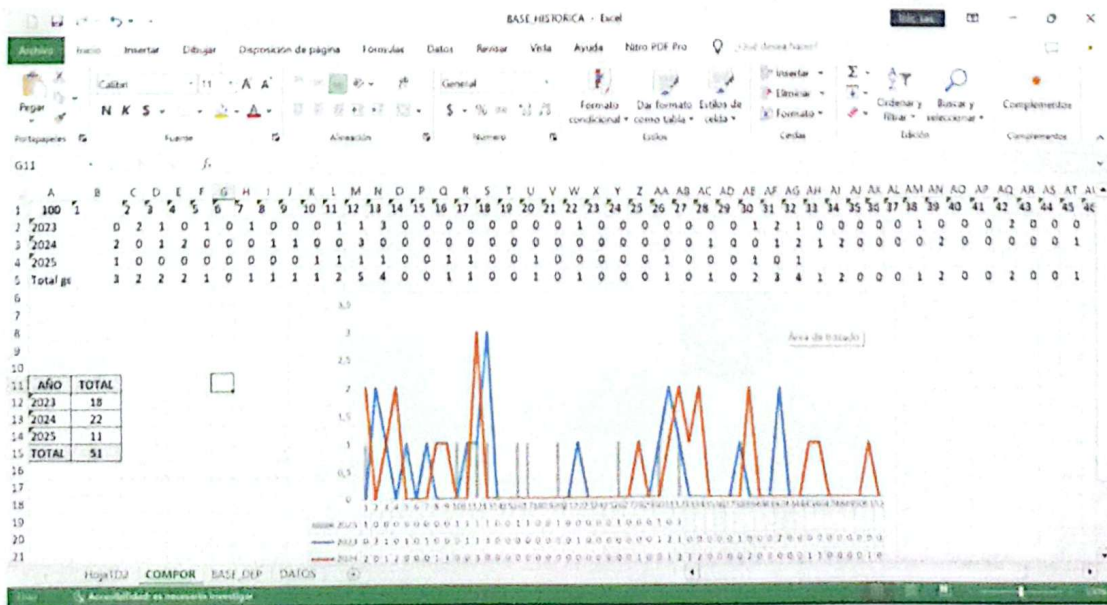
[@alcaldiadequibdo](https://www.facebook.com/alcaldiadequibdo) www.quibdo-choco.gov.co



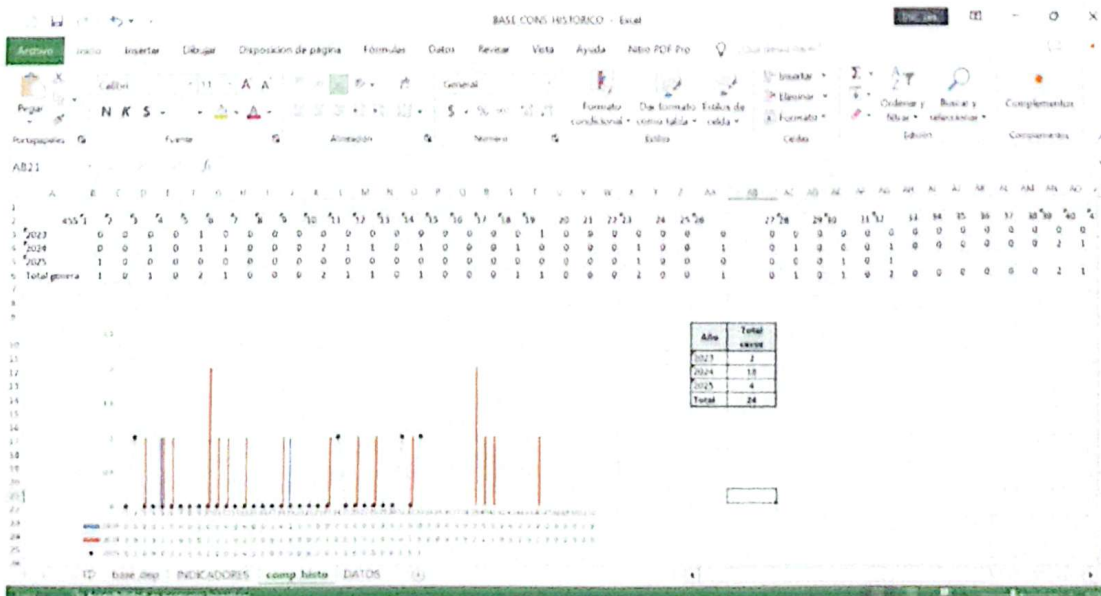
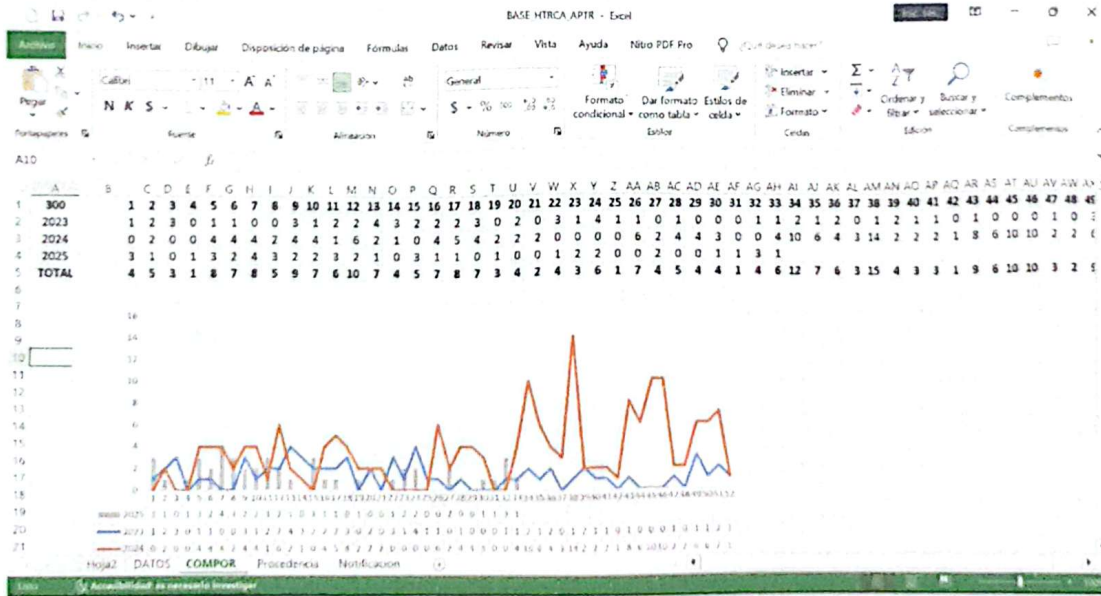
FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES
FECHA DE APLICACIÓN: AGOSTO DE 2025



8.1.1 Bases depuradas y comportamientos históricos actualizados.



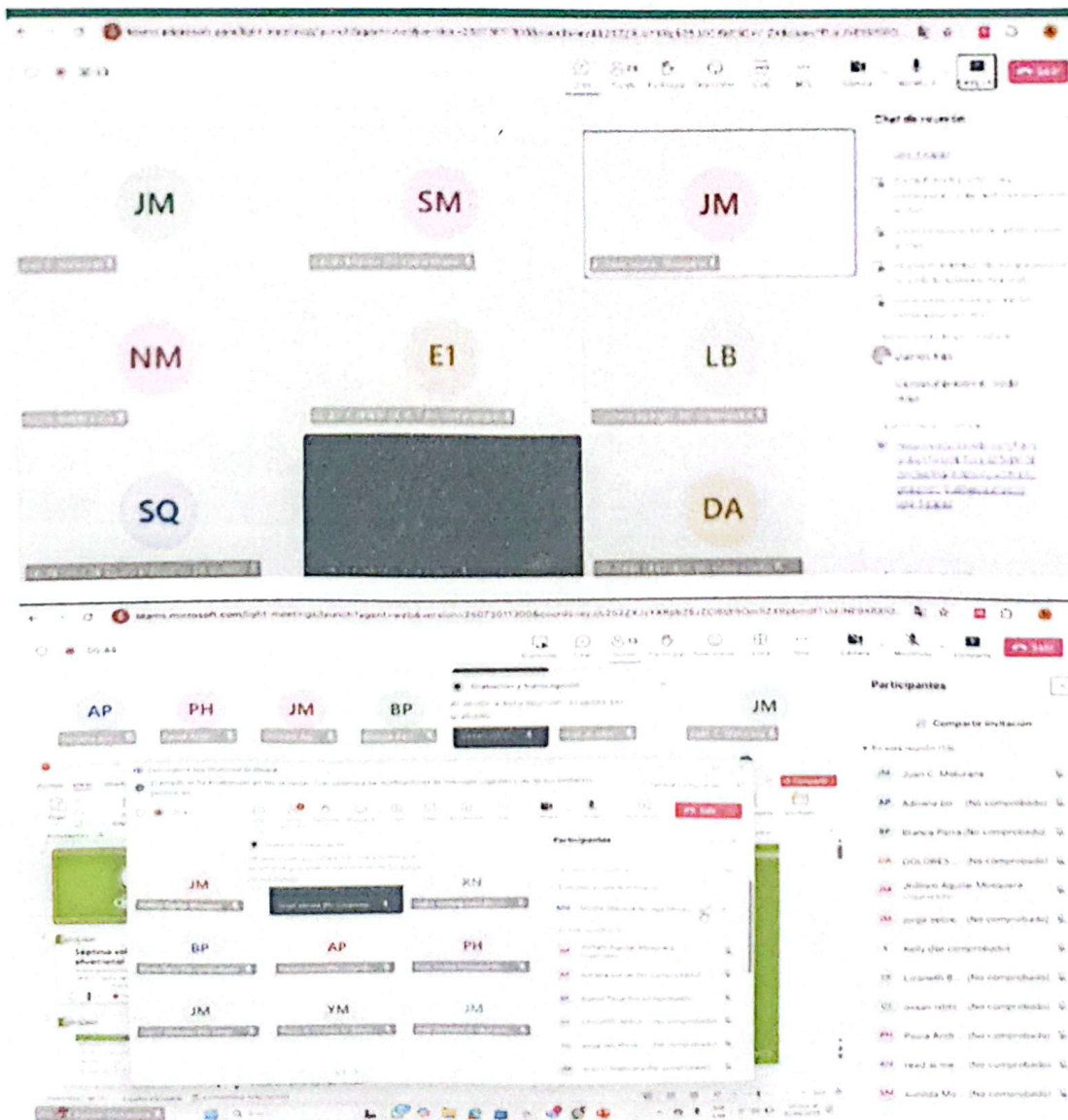
FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES
FECHA DE APLICACIÓN: AGOSTO DE 2025



9.1.1. Pantallazo Sala Situacional Malaria



FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES
FECHA DE APLICACIÓN: AGOSTO DE 2025



10.1.1. Comité de Vigilancia epidemiológica – Zoonosis Registro fotográfico.

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES
FECHA DE APLICACIÓN: AGOSTO DE 2025



10.2.1 Registro Fotograficos y Listados de Asistencias Aperturas auditoria Gaudi semestre II 2025..
EAPB Coosalud.



FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES
FECHA DE APLICACIÓN: AGOSTO DE 2025

ALCALDÍA DE QUIBDÓ		FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA		www.quibdo-choco.gov.co								
ALCALDÍA MUNICIPAL DE QUIBDÓ		DEPENDENCIA: Secretaría de Salud										
TEMA: Apertura Auditoría GAOOI	Lugar: Oficina Coosalud	OBJETIVO: Realizar la apertura de la Auditoría GAOOI I Semestre 2025 en la EPS Coosalud Quibdó.										
FECHA: 25/08/2025	Hora inicio: 9:00 Am.	Hora terminación:										
NOMBRE	CÉDULA DE CIUDADANÍA	DEPENDENCIA Y/O ENTIDAD	CARGO	TIPO DE PARTICIPACIÓN						TELÉFONO	E-MAIL	FIRMA
				SEVIDOR PÚBLICO	CONTRATISTA	CIUDADANO	LÍDER COMUNITARIO	ESTUDIANTE	JÓVEN LÍDER			
Hosleydy L. Palacios M	1077435571	Asesoramiento	Asp Esp	X						3123000000	hpalacios@quibdo-choco.gov.co	
Carolina Hualfizaro Cantala	35 340 834	SSM Q	prof esp	X						3123000000	carolinahualfizaro@quibdo-choco.gov.co	
Yorkelys Blayssa Restrepo	1022928412	SSM Q	Prof PPS	X						3123000000	yorkelysblayssa@quibdo-choco.gov.co	
Tatiana Pineda Cortés	11264222	SSM Q	Prof PPS	X						3123000000	tatianapineda@quibdo-choco.gov.co	
Carolina Pineda Cortés	10345213	SSM Q	Prof PPS	X						3123000000	carolinapineda@quibdo-choco.gov.co	
Cibela Starling Gómez	5425219	SSM Q	Prof PPS	X						3123000000	cibelastarling@quibdo-choco.gov.co	
William Ospina Mora	103421621	SSM Q	Coord US	X						3123000000	williamospina@quibdo-choco.gov.co	
Alma Luz Roca M	30220005	Localidad	Coordinadora	X						3123000000	almaroca@quibdo-choco.gov.co	
Nancy Martínez Rivas	102242644	SSM Q	Prof PPS	X						3123000000	nancymartinez@quibdo-choco.gov.co	

EAPB Comfachocó

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA DE APLICACIÓN: AGOSTO DE 2025



FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA DE APLICACIÓN: AGOSTO DE 2025

ALCALDÍA DE QUIBDÓ		FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA		www.quibdo-choco.gov.co								
ALCALDÍA MUNICIPAL DE QUIBDÓ		DEPENDENCIA: <i>Secretaría de Salud</i>										
TEMA: <i>Apertura Auditoría GAO 01</i>		LUGAR: <i>Compostera EPS</i>		OBJETIVO: <i>Realizar la Apertura de la Auditoría GAO 01 Vigencia 1 Enero - 30 de Junio de 2025</i>								
FECHA: <i>18 Agosto 2025</i>		HORA INICIO: <i>9:45 Am</i>		HORA TERMINACIÓN:								
NOMBRE	CEDULA DE CIUDADANA	DEPENDENCIA Y/O ENTIDAD	CARGO	TIPO DE PARTICIPACIÓN						TELÉFONO	E-MAIL	FIRMA
				SERVICIOR PÚBLICO	CONTRATISTA	CIUDADANO	LÍDER COMUNITARIO	ESTUDIANTE	JOVEN LÍDER			
<i>Hacienda L. Palacios Mariposa</i>	<i>107735571</i>	<i>SSMCO</i>	<i>Prof Esp</i>	<input checked="" type="checkbox"/>						<i>312 274 10 10</i>	<i>hacienda.l.palacios@quibdo.gov.co</i>	<i>[Firma]</i>
<i>María Malibari Cumbra</i>	<i>05590834</i>	<i>SSMCO</i>	<i>Prof Esp</i>	<input checked="" type="checkbox"/>						<i>312 274 10 10</i>	<i>malibari.maria@quibdo.gov.co</i>	<i>[Firma]</i>
<i>Yolanda Miguera Restrepo</i>	<i>107735571</i>	<i>SSMCO</i>	<i>Prof Esp</i>	<input checked="" type="checkbox"/>						<i>312 274 10 10</i>	<i>miguera.yolanda@quibdo.gov.co</i>	<i>[Firma]</i>
<i>Sony Ricardo Dupuy Palacios</i>	<i>3279129</i>	<i>SSMCO</i>	<i>Prof Appt</i>	<input checked="" type="checkbox"/>						<i>312 274 10 10</i>	<i>dupuy.sony@quibdo.gov.co</i>	<i>[Firma]</i>
<i>Flora Pineda Garcia</i>	<i>3279129</i>	<i>SSMCO</i>	<i>Prof Appt</i>	<input checked="" type="checkbox"/>						<i>312 274 10 10</i>	<i>pineda.flora@quibdo.gov.co</i>	<i>[Firma]</i>
<i>Ricardo José Pérez Alvarado</i>	<i>0000183</i>	<i>SSMCO</i>	<i>Prof Esp</i>	<input checked="" type="checkbox"/>						<i>312 274 10 10</i>	<i>perez.ricardo@quibdo.gov.co</i>	<i>[Firma]</i>
<i>Virgilio Pérez L.</i>	<i>06701412</i>	<i>SSMCO</i>	<i>Prof Esp</i>	<input checked="" type="checkbox"/>						<i>312 274 10 10</i>	<i>perez.virgilio@quibdo.gov.co</i>	<i>[Firma]</i>
<i>Sofía María Cordero</i>	<i>11801437</i>	<i>SSMCO</i>	<i>Prof Esp</i>	<input checked="" type="checkbox"/>						<i>312 274 10 10</i>	<i>cordero.sofia@quibdo.gov.co</i>	<i>[Firma]</i>
<i>Juliana Aguilar Ospina</i>	<i>107735571</i>	<i>SSMCO</i>	<i>Prof Esp</i>	<input checked="" type="checkbox"/>						<i>312 274 10 10</i>	<i>aguilar.juliana@quibdo.gov.co</i>	<i>[Firma]</i>

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Telefono		Exonerado SENA e ICBF	
Identificacion	dv	FERRER BELGARDIN BLANCA MARIE		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		RR 10 29 1B		QUIRBO-CHOYCO		310474130		No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION														
Periodo	Fecha	Salud	Pago	Clave		Tipo	Plamilla	Lmite	Fecha		Pago	Banco	Dias Mora	Valor
				Pagos	Salud				2025-08-14	2025-08-25				
2025-08	2025-08	17262866		48600321		1		2025-08-14	2025-08-25	NEQUIA			0	\$671,900

RESUMEN DE PAGO															
RIESGO												SALDOS E INCAPACIDADES		VALOR A PAGAR	
CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA										
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				\$326,400	\$0	1					\$0	50	\$326,400		
COLECCIONES	75-14	900.036.004	7	\$326,400	\$0	1					\$0	50	\$326,400		
ASL (ADMINISTRADORAS: 1)				\$49,700	\$0	1					\$0	50	\$49,700		
POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	54-23	860.011.153	6	\$49,700	\$0	1					\$0	50	\$49,700		
CLF (ADMINISTRADORAS: 1)				\$40,800	\$0	1					\$0	50	\$40,800		
COMFACHCO	60729	891.680.094	8	\$40,800	\$0	1					\$0	50	\$40,800		
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				\$255,000	\$0	1					\$0	50	\$255,000		
NUOVA E.P.S.	EPS037	900.156.264	2	\$255,000	\$0	1					\$0	50	\$255,000		
TOTAL			1	\$671,900	\$0						\$0	50	\$671,900		

DATOS GENERALES DEL APOSTANTE		Razon Social		Clave Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Telefono		Exonerado SENA e ICBF	
Identificacion		4*		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		BR 10 29 18		QUIBDO-CHOCO		310474130		No	
C.C. 907474727		MADRA BLANQUIN BLANCA VAREZ													
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION															
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago		Dias Hora		Valor			
Pension		Pago		Planilla		Limite		2025-08-18		2025-08-25		RECUE		0	
8025-08		171427296		9485489321		1									

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

No.	Identificacion	Nombres	Codigo	Etas	PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES								
					IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte			
1	03741427	FERRER BLANCA	01-14	80	\$2,040,000	\$328,400	070037	30	\$2,040,000	\$328,400	070037	30	\$2,040,000	\$328,400	070037	30	\$2,040,000	\$328,400	070037	30	\$0	\$0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)																									



Yared Parra Ibarguen <yaredsitaparra@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada CUS 1724292896

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

25 de agosto de 2025, 7:43



¡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:
9489689321

Fecha de la transacción: 25/08/2025

CUS: 1724292896

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten en cuenta 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.



- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado	
Pago 001	001	27/05/2025 5:04:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-	680.000 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 002	002	1/03/2025 5:11:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-	5.100.000 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 003	003	1/04/2025 5:19:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-	5.100.000 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 004	004	31/05/2025 9:49:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-	5.100.000 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 005	005	30/06/2025 12:00:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-	5.100.000 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 006	006	6 minutos de tiempo transcurrido (29-08/2025 10:35:00 AM((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-	5.100.000 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
ACTA DE INICIO BLANCA YARED.pdf	ACTA DE INICIO BLANCA YARED.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
ARL BLANCA.pdf	ARL BLANCA.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
RP BLANCA PARRA.pdf	RP BLANCA PARRA.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> febrero.pdf	febrero.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> marzo.pdf	marzo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> abril.pdf	abril.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> mayo (1).pdf	mayo (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> junio.pdf	junio.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> Cuenta_Julio.pdf	Cuenta_Julio.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Quibdó, 31 de Agosto 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

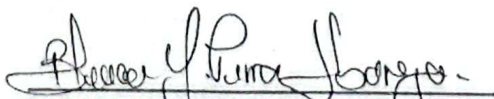
Yo, **BLANCA YARED PARRA IBARGUEN** identificada con cédula de ciudadanía No. **1.077.437.473** expedida en Quibdó con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 1819 de 2016 y del parágrafo 2 de artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

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