



ALCALDIA DE QUIBDÓ

CERTIFICADO DE SUPERVISIÓN Y AUTORIZACIÓN DE DESEMBOLO

INFORMACIÓN CONTRACTUAL

Nombre del (a) Contratista	BIANCA YARED PARRA IBARQUEN	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 QUIBDÓ		

MANIFESTACIÓN DE INTENCIÓN

Una vez revisada la documentación enviada por el señor BIANCA YARED PARRA IBARQUEN 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	\$	82,700,000,00	Prórrogas	Días
Adición 1		-	Prórroga 1	
Adición 2		-	Prórroga 2	
Adición 3		-	Prórroga 3	
VALOR TOTAL	\$	82,700,000,00		

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	26/02/2025	2.3.2.02.02.009.19.05.07	5.100.000

INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

Salud	255.000	EPN	NUOVA EPS	Número de planilla	9493940670
Pension	326.400	Fondo Pensiones	COLPENSIONES	Número de planilla	9493940670
A.R.P	49.700	A.R.P	POSITIVA	Número de planilla	9493940670

***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	PERIODO DE PAGO		PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	VALOR PAGADO	VALOR A PAGAR SIN IVA	IVA	VALOR TOTAL A PAGAR	SALDO POR PAGAR
	DESDE	HASTA						
9	1-oct.-25	31-oct.-25	78,71%	36.380.000	5.100.000		5.100.000	11.220.000

CERTIFICACIÓN

El/la suscrito (a) supervisor (a) / interventor (a) certifica Que, BIANCA YARED PARRA IBARQUEN, 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 octubre 2025
Dia Mes Año

Luzcely Cordoba Chaverra
SUPERVISOR



MUNICIPIO DE QUIBDO
DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA

GESTIÓN FINANCIERA

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

FECHA DE EXPEDICIÓN

31/10/2025

CONSECUTIVO NRO.

9

ENTIDAD CONTRATANTE: MUNICIPIO DE QUIBDO

NIT. 891.880.011-0

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 QUIBDO.

CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 1 AL 31 DE OCTUBRE 2025.

VALOR EN NÚMEROS 5.100.000

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

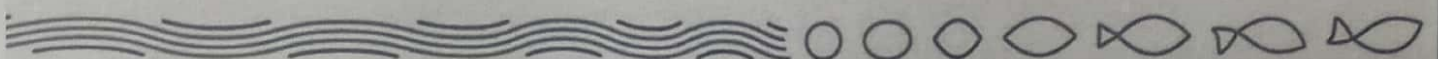
CRA. 10 # 29 - 18
3104474330

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: OCTUBRE DE 2025	

DATOS DEL INFORME			
Mensual X		Final	
Informe mensual de actividades Nro. 9			
Fecha de Presentación:	31-OCTUBRE-2025	Período del informe:	DESDE: 01 DE OCTUBRE 2025 HASTA: 31 DE OCTUBRE 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		



FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES	
FECHA DE APLICACIÓN: OCTUBRE DE 2025	

CDP Nro.	144	CRP Nro.	949
Póliza Nro.	No Aplica	Fecha Acta de Aprobación Póliza:	No Aplica
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 de actividades del mes. 1.2. Revisión de los boletines ETV, SALUD MENTAL, RIESGO AMBIENTAL y EPV semana 40.	1.1.1 Acta de reunión y listado de asistencia. https://drive.google.com/drive/folders/1beoqFSoQ71ZBEXsEvSD9SOshk6SSCAN2?usp=drive link 1.1.2 Registro fotográfico 1.2.1 Boletín Consolidado https://docs.google.com/presentation/d/14jkLkoLgVuMsOCvv7zS9U1DKrkkk9Xp/edit?usp=drive link&oid=110498974733011502402&rtopof=true&sd=true 1.2.2 Boletín Enviado.



FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA DE APLICACIÓN: OCTUBRE 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 40.</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>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 Asistencias técnica.</p>	<p>3.1.1 Registro fotográfico. 3.1.2 Acta de Asistencia técnica. https://drive.google.com/drive/folders/1beoqFSoQ7IZBEXsEvSD9SOshk6SSCAN2?usp=drive link</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>4.1. Retroalimentación IEC casos de leptospirosis. 4.2. Realización de UA casos de mortalidad por LEPTOSPIROSIS.</p>	<p>4.1.1 Pantallazos 4.1.2 Acta UA https://drive.google.com/drive/folders/1beoqFSoQ7IZBEXsEvSD9SOshk6SSCAN2?usp=drive link</p>
<p>5. Socializar y presentar trimestralmente un informe técnico, operativo y de gestión de los avances de</p>	<p>5.1 Se realiza apoyo a los referentes asignados en la elaboración de los Boletín epidemiológicos.</p>	<p>5.1.1 Boletín Consolidado. https://drive.google.com/drive/folders/1beoqFSoQ7IZBEXsEvSD9SOshk6SSCAN2?usp=drive link</p>

✉ contacto@quibdo-choco.gov.co

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

🌐 www.quibdo-choco.gov.co



FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA DE APLICACIÓN: OCTUBRE DE 2025

<p>acuerdo con los eventos asignados.</p>		<p>psDkLlJzRgXCcIkrVr37?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 realizó monitoreo de medios</p>	<p>6.1.1 Acta de seguimiento a medios</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 Retroalimentacion Equipo de hallazgos en la gestión de los eventos.</p>	<p>7.1.1 Registro fotografico</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 realizó depuración de bases de los eventos de Zoonosis.</p>	<p>8.1.1 Bases depuradas con identificación y rutinas actualizadas.</p>
<p>9. Apoyar la elaboración y presentación de informes mensuales internos y externos</p>	<p>9.1 Apoyó en la preparación de sala situacional Malaria.</p>	<p>9.1.1 Pantallazo y Actas sala situacional</p> <p>https://drive.google.com/drive/folders/1S11e0qP5607128</p>

✉ contacto@quibdo-choco.gov.co

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

🌐 www.quibdo-choco.gov.co



FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

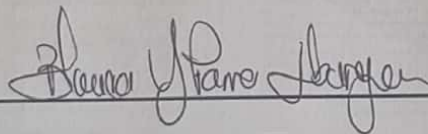
FECHA DE APLICACIÓN: OCTUBRE DE 2025

según los eventos asignados.		EXsEvSD9SOshk6SSCAN2?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 740_Sífilis congénita: 750_Sífilis gestacional 340_Hepatitis b, c y coinfección b- d 850_VIH/ Sida</p> <p>10.2 Se realizó acompañamiento a la zona rural en jornada de salud comunidad 20 y 21</p>	<p>10.1.1 Registros fotográficos</p> <p>10.2.1 registros Fotograficos</p>

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

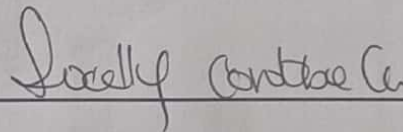
SUSCRIPCIÓN DEL INFORME

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

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA DE APLICACIÓN: OCTUBRE DE 2025

ANEXOS

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



2.1.2 Pantallazo Boletín consolidado enviado.

Boletín Epidemiológico
Hasta el 4 de Octubre del 2025

Dengue
En lo corrido de 2025, y hasta la semana epidemiológica 40, se han notificado 101 casos de Dengue, de los cuales 73 casos (72,28%) fueron sin signos de alarma, 28 casos (27,72%) con signos de alarma, no se presentaron caso de Dengue grave y no se han presentado muertes por Dengue en el municipio.

En comparación con el mismo período del año anterior (488 casos), se presenta una reducción del 79,30% en la notificación de casos de Dengue. La semana con mayor número de reportes es la 8 con 8 casos cada una. Gráfica 1.

Gráfica 1. Distribución de los casos de Dengue, Quibdó, Semana Epidemiológica 1 a 40, 2023 - 2025

Semana Epidemiológica	Casos de Dengue
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	7
10	6
11	5
12	4
13	3
14	2
15	1
16	2
17	3
18	4
19	5
20	6
21	7
22	8
23	7
24	6
25	5
26	4
27	3
28	2
29	1
30	2
31	3
32	4
33	5
34	6
35	7
36	8
37	7
38	6
39	5
40	4

Gráfica 2. Indicadores críticos de Dengue, Quibdó, Semana Epidemiológica 1 a 40 2025

Indicador	Valor
Los Signos de Alarma	72,28
Con Signos de Alarma	27,72

En el canal endémico para Dengue, en el municipio de Quibdó las semanas epidemiológicas 13, 19, 22, 28, 29, 37, 38 las notificaciones en tuvieron un leve aumento dentro de los límites esperados, se observa que las semanas con picos más elevados fueron la 13, 19, 23, 37 en las cuales se reportaron 7 casos respectivamente.

www.quibdo-choco.gov.co @alcaldiaequibdo

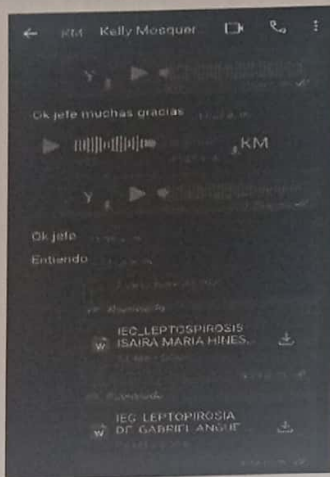


FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA DE APLICACIÓN: OCTUBRE DE 2025



4.1.1 Revisión de IEC y retroalimentación



4.1.1 Documentos UA

✉ contacto@quibdo-choco.gov.co

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

🌐 @alcaldiadequibdo

🌐 www.quibdo-choco.gov.co



DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	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

Período	Clave	Tipo	Fecha	Banco	Pago	Valor
2025-10	1881069702	Planilla	2025/11/20		2025/10/27	5671,900
	94939406570		2025/10/27		NEQUI	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

No.	Identificación	Nombres	PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES		
			Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,040,000	\$326,400	\$255,000	\$2,040,000	\$40,800	\$2,040,000	\$49,700	\$2,040,000	\$49,700	\$2,040,000	\$49,700	\$2,040,000	\$49,700
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,040,000	\$326,400	\$255,000	\$2,040,000	\$40,800	\$2,040,000	\$49,700	\$2,040,000	\$49,700	\$2,040,000	\$49,700	\$2,040,000	\$49,700
Ciudad: QUIBDO Depto: CHOCO (1 Afiliados)					\$2,040,000	\$326,400	\$255,000	\$2,040,000	\$40,800	\$2,040,000	\$49,700	\$2,040,000	\$49,700	\$2,040,000	\$49,700	\$2,040,000	\$49,700
1	CC 1077437473	PARRA BLANCA	25-14	30	\$2,040,000	\$326,400	\$255,000	\$2,040,000	\$40,800	\$2,040,000	\$49,700	\$2,040,000	\$49,700	\$2,040,000	\$49,700	\$2,040,000	\$49,700
Total Afiliados(1)					\$2,040,000	\$326,400	\$255,000	\$2,040,000	\$40,800	\$2,040,000	\$49,700	\$2,040,000	\$49,700	\$2,040,000	\$49,700	\$2,040,000	\$49,700

Transacción Aprobada CUS 1881069702

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

27 de octubre de 2025, 11:15



¡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:
9493940670






Fecha de la transacción: 27/10/2025

CUS: 1881069702

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.

Quibdó, 31 de Octubre 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:

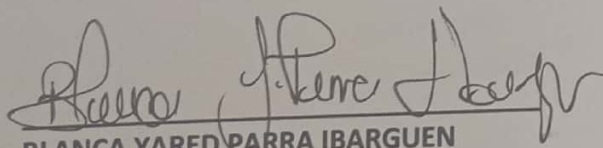
Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, la cual se le aplica a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales, **"He contratado o vinculado más de un trabajador 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

Mis procesos | Mano | Ir a
Administración de contratos → Ver contrato

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? SI NO

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado	Detalle
Pago 001	001	21/05/2025 5:54:00 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	21/05/2025 9:49:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	-	5.100.000 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 005	005	20/08/2025 12:00:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	-	5.100.000 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 006	006	29/08/2025 10:35:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	-	5.100.000 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 007	007	1/02/2025 6:27:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	-	5.100.000 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 008	008	30 días de tiempo transcurrido (1/10/2025 a 26/00 AM) (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	-	5.100.000 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> ACTA DE INICIO BLANCA YARED.pdf	ACTA DE INICIO BLANCA YARED.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> ARL BLANCA.pdf	ARL BLANCA.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Cuenta_agosto.pdf	Cuenta_agosto.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle