



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 (a) 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 (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	Prórrogas	Días
Adición 1	-	Prórroga 1	
Adición 2	-	Prórroga 2	
Adición 3	-	Prórroga 3	
VALOR TOTAL	\$ 52.700.000,00		

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	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	9494017609
Pension	326.400	Fondo Pensiones	COLPENSIONES	Número de planilla	9494017609
A.R.P.	49.700	A.R.P.	POSITIVA	Número de planilla	9494017609

***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						
10	1-nov.-25	30-nov.-25	88,39%	41.480.000	5.100.000		5.100.000	6.120.000

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: 30 noviembre 2025
Día Mes Año

Luzeley Cordoba C.
SUPERVISOR

Quibdó, 30 de Noviembre 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

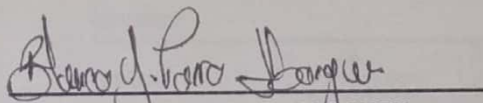
Yo, **BLANCA YARED PARRA IBARGUEN** identificada con cédula de ciudadanía No. **1.077.437.473** expedida en Quibdó con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 1819 de 2016 y del parágrafo 2 de artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

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



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

30/11/2025

CONSECUTIVO NRO.

10

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 BOGOTÁ	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 AL 30 DE NOVIEMBRE 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

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES	
FECHA DE APLICACIÓN: NOVIEMBRE DE 2025	

DATOS DEL INFORME			
Mensual X		Final	
Informe mensual de actividades Nro. 10			
Fecha de Presentación:	30-NOVIEMBRE-2025	Período del informe:	DESDE: 01 DE NOVIEMBRE 2025 HASTA: 30 DE NOVIEMBRE 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		

✉ contacto@quibdo-choco.gov.co

🌐 @alcaldiaequibdo

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

🌐 www.quibdo-choco.gov.co

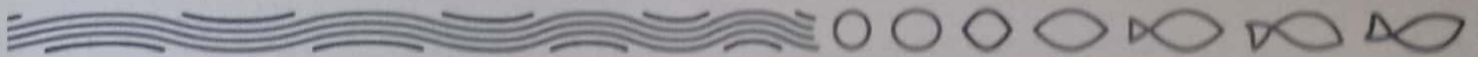
FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES	
FECHA DE APLICACIÓN: NOVIEMBRE DE 2025	

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

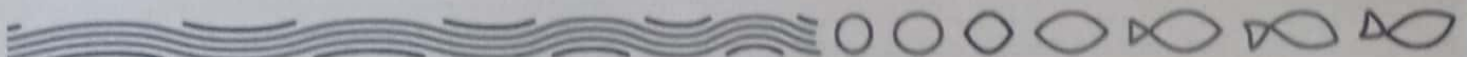
Obligaciones Contractuales	Actividades realizadas y/o productos entregados	Soportes
1. Apoyar la ejecución del Plan de vigilancia y demás acciones que programe en el área, para ello deberá organizar un plan operativo de las actividades conformes a los productos asignados de manera periódica, haciendo el debido seguimiento y ajuste respectivo.	1.1.Revisión de los boletines ETV, SALUD MENTAL, RIESGO AMBIENTAL y EPV semana 40 11/11/2025.	1.2.1 Boletín Consolidado https://docs.google.com/presentation/d/14jk_LkoLgVuMsOCvv7zS9U1DKrkkk9Xp/edit?usp=drive_link&oid=110498974733011502402&rtopof=true&sd=true 1.2.2 Boletín Enviado.
2.Apoyar como epidemióloga el análisis y monitoreo del comportamiento de los eventos responsables de referentes no especializados en epidemiología.	2.1 Se realizó apoyo en unidades de análisis de Leptospirosis y cargue al aplicativo UACE 01/11/2025 – se realizó apoyo en la recolección de información para UA Dengue 24/11/2025.	2.1.1 Actas de UA. 2.1.2 https://drive.google.com/drive/folders/1wiAgoKo0olHy519kF5uUOPr319gBxJTJ?usp=drive_link Registro Fotográfico



FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA DE APLICACIÓN: NOVIEMBRE DE 2025

<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 HUMSALUD IPS 05/11/2025.</p>	<p>3.1.1 Registro fotográfico. 3.1.2 Acta de Asistencia técnica. https://docs.google.com/document/d/1YFCG52BtDz-PWyzN_AkA-JwXCLHRJNuB/edit?usp=drive_link&oid=110498974733011502402&rtpof=true&sd=true</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. Realización de UA casos de mortalidad por LEPTOSPIROSIS 1/11/2025.</p>	<p>4.1.1 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 acuerdo con los eventos asignados.</p>	<p>5.1 Se realiza apoyo a los referentes asignados en la elaboración de los Boletín epidemiológicos. 10/11/2025</p>	<p>5.1.1 Boletín Consolidado Semana 44. https://drive.google.com/drive/folders/1szc2ywmEv6jFpsDkLljzRgXCclkrVr37?usp=drive_link</p>
<p>6. Generar alertas tempranas, sugerir y participar en la atención de planes de respuesta a brotes o</p>	<p>No se realizó para este mes.</p>	<p>No aplica</p>



FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA DE APLICACIÓN: NOVIEMBRE DE 2025

emergencias en salud cuando se presenten.		
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 Equipo de hallazgos en la gestión de los eventos 13/11/2025.	7.1.1 Registro fotográfico
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 Semanal.	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 Acompañamiento sala situacional Malaria 20/11/2025.	9.1.1 https://drive.google.com/drive/folders/1beoqFSOQ7IZBEXsEvSD9SOshk6SSCAn2?usp=drive_link
10. Las demás actividades que le sean asignadas por su supervisor y que estén acordes con la	10.1 Se participó en reunión de seguimiento a la estrategia COLVOL 25/11/2025. 10.2 Se participó en el ejercicio	10.1.1 Registros fotográficos

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES	
FECHA DE APLICACIÓN: NOVIEMBRE DE 2025	

ANEXO

1.1.1 Consolidación y remisión de Boletín semana 44 - 2025. 11/11/2025

Blanca Yared Parra Ibarguen ycorredor@quibdo.gov.co
para registrar

Buen día,

se remite Boletín esta semana 44.

Los boletines de la semana se encuentran disponibles en el área de salud, correo: comunicacion@quibdo.gov.co y el área de salud de la Secretaría de Salud.

Quedo atenta.

"Nadie nace enseñado, trabaja duro para ser bueno y después trabaja más para ser mejor. Es difícil mantenerse en la cumbre", Paul Coffey.

BLANCA YARED PARRA IBARGUEN
ENFERMERA EPIDEMIOLOGA
CEL: 3104474239

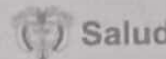
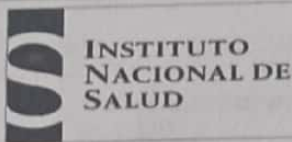
Blanca Yared Parra Ibarguen ycorredor@quibdo.gov.co
para registrar

Buen día, le envío archivo adjunto

"Nadie nace enseñado, trabaja duro para ser bueno y después trabaja más para ser mejor. Es difícil mantenerse en la cumbre", Paul Coffey.

BLANCA YARED PARRA IBARGUEN
ENFERMERA EPIDEMIOLOGA
CEL: 3104474239

2.1.1 – 4.1.1 Cargue UA Leptospirosis 01/11/2025



Acta Unidad de Análisis Caso de: ISAIRA MARIA HINESTROZA ALBORNOZ
LEPTOSPIROSIS

Acta No:	150234	Fecha:	2025-10-02	Hora Inicio:	09:00	Tipo Reunión:	Unidad de Análisis F
Lugar:	SECRETARIA DE SALUD MIUNICIPAL QUIBDÓ	Hora Final:	00:00	Fecha de defunción:		Edad:	54 AÑOS
Departamento/Distrito:	R:CHOCO/P:CHOCO	Municipio de Caso:	R:QUIBDO/P:QUIBDO	Responsable del Acta:	BLANCA YARED PARRA IBARGUEN	País a que se asigna:	COLOMBIA
Nombre del Paciente:	ISAIRA MARIA HINESTROZA ALBORNOZ	Tipo Doc:	CC	Numero:	35894422	Sexo:	FEMENIN
Pertenencia Étnica:	Negro, Mulato, Afro Colombiano						

✉ 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: NOVIEMBRE DE 2025

3.1.1 Acompañamiento Asistencias técnica HUMSALUD IPS. 05/11/2025.



5.1.1 Boletín Consolidado Semana 44

Secretaría de Salud

Enfermedades Transmitidas por Vectores - ETV

Boletín Epidemiológico Semana 44
Hasta el 01 de Noviembre de 2025

Malaria

A semana epidemiológica 44 del 2025 se han notificado 2856 casos de malaria, de los cuales 98,5% (2812 casos) corresponden a malaria no complicada y al 1,5% (43 casos) a malaria complicada, la semana epidemiológica con mayor número de casos es la 2 con 130 casos, seguido de la 3 con 124 casos y la 9 con 124 casos. **Gráfico 1.**

Gráfico 1. Distribución de los casos de malaria, Quibdó, Semanas Epidemiológicas 01 a 44, 2021 - 2025

www.quibdo-choco.gov.co

Prodomina la infección por *Plasmodium vivax* con 53,0% (1549 casos), seguido de *Plasmodium Falciparum* con el 44,2% (1262 casos), y el 1,9% (54 casos) por malaria mixta. No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*. En el momento el municipio se encuentra en situación de seguridad con los doce meses de casos del 55,51% con respecto al mismo mes del año 2024 (6420 casos).

La malaria o paludismo se ha presentado mayoritariamente en la población con edades entre 5 - 9 años con el 13,1% (373 casos), seguido del grupo de edad entre 15 - 19 años con el 11,4% (326 casos), y la población entre 0 - 4 con un 10,6% (303 casos).

La distribución de los casos según sexo se encuentra concentrada principalmente en la población masculina con el 56,0%, equivalentes a 1598 de los casos. La tasa de positividad de la prueba de malaria conforme la estrategia CoViv, a SE: 43 muestra 31,19% para Quibdó.

En cuanto a la pertenencia étnica, el 63,6% pertenecen a la etnia afro, el 27,0% a la indígena, el 84,5% corresponden al régimen subsidiado.

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

#aicaldiadequibdo

Secretaría de Salud

Boletín Epidemiológico Semana 44
Hasta el 01 de Noviembre de 2025

Según el análisis del último período epidemiológico, Quibdó se encuentra en situación de seguridad por malaria como lo muestra el usual endémico. **Gráfico 2.**

Gráfico 2. Canal Endémico de malaria, Quibdó, Semanas Epidemiológicas 01 a 44 del 2019 - 2025

Los casos se encuentran principalmente en la cabecera municipal en la comuna 1 en barrios como Obrero, Sumpar, Casa Blanca, Futuro 2 y Reposo 1, en la comuna 5 en los barrios Cabl, Flores de Buenavista, Poblado, Madroño y Alfonso López. Mayoría, Finchavieco, en la zona rural los comunalidades que presentan el mayor número de casos son Avenida Bahía Solano (172 casos), Quimbo Indio (148 casos), Guachaca (84), Tagachi (82 casos), San Rafael de Negrá (66 casos) y Puerto Nuevo (69 casos).

✉ contacto@quibdo-choco.gov.co

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

📱 @aicaldiadequibdo

🌐 www.quibdo-choco.gov.co

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA DE APLICACIÓN: NOVIEMBRE DE 2025

7.1.1 RETROALIMENTACION DE EVENTOS



10.1.1 Se participó en reunión de seguimiento a la estrategia COLVOL. 25/11/2025

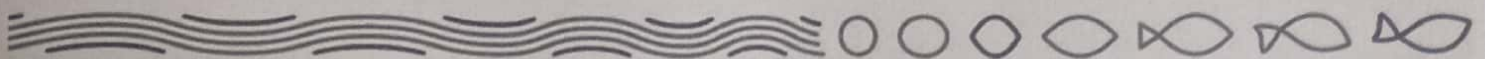


✉ contacto@quibdo-choco.gov.co

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

📱 @alcaldiaequibdo

🌐 www.quibdo-choco.gov.co



FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA DE APLICACIÓN: NOVIEMBRE DE 2025

10.2.1 Se participó en el ejercicio de planeación de actividades para los ETV 2025 seguimiento - 2026



FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA DE APLICACIÓN: NOVIEMBRE DE 2025

naturaleza del cargo y la dependencia.	de planeación de actividades para los ETV 2025 seguimiento – 2026 11/11/2025	10.2.1 registros Fotograficos 10.2.2 Documentos trabajados
--	--	---

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)

Blanca Yared Parra Ibarguen

Firma del contratista

BLANCA YARED PARRA IBARGUEN

Luzeily Cordoba Chaverra

Firma Supervisor

LUZCELY CORDOBA CHAVERRA

✓ Pago exitoso

Número de autorización 203202

Miércoles, 26 de noviembre de 2025, 10:42:23 a. m.

Detalle

\$671.900

Valor Pagado

IVA incluido: \$0

Pago a: APORTES EN LINEA

Débito desde: Cuenta de Ahorros *0209

Descripción: Pago de la Planilla de aportes
con clave: 9494017609

Fecha y hora inicio transacción 2025-11-26 10:40:26

NIT del comercio 9999001472382

Número de factura 9494017609

Código Único de Seguimiento 1956760314

Dirección IP: 38.52.207.240

Referencia 1: 38.52.207.241

Referencia 2: CC

Referencia 3: 1077437473

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SEMA #
CC 10774037473		PARRA IBARGUEN BLANCA YAREZ	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 10 29 18	QUIBDO-CHOCO	3164474030	Exonerado ICBF No.

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Período	Clave	Clase	Tipo	Fecha	Pago	Pago	Valor
2025-11	1958760314	14-23	1	2025/11/17	2025/11/26	549,700	\$49,700

RESUMEN DE PAGO

CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)			1	\$326,400	50	50	\$326,400
COLPENSIONES	25-14		7	\$326,400	50	50	\$326,400
ABL (ADMINISTRADORAS: 1)			1	\$49,700	50	50	\$49,700
POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	14-23		6	\$49,700	50	50	\$49,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)			1	\$40,800	50	50	\$40,800
COMFACHOCÓ	CCF29		8	\$40,800	50	50	\$40,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)			1	\$255,000	50	50	\$255,000
NUOVA E.P.S.	EP5037		2	\$255,000	50	50	\$255,000
TOTAL			1	\$671,900	50	50	\$671,900



Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

1 Información general

< Evaluación de la Entidad Estatal >

2 Condiciones **VER CONTRATO**

3 Bienes y servicios **Ejecución del Contrato**

4 Documentos del Proveedor

5 Documentos del contrato **Plan de Pagos**

6 Información presupuestal **¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?** Sí No

7 **Ejecución del Contrato**

8 Modificaciones del Contrato

9 Incumplimientos

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	29/06/2025 10:35:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-	5.100.000 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 007	007	1/08/2025 6:27:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-	5.100.000 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 008	008	1/10/2025 4:26:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-	5.100.000 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 009	009	1/10/2025 5:12:00 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		
<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