



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 (conven **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	9496248268
Pension	326 400	Fondo Pensiones	COLPENSIONES	Número de planilla	9496248268
A.R.P.	49 700	A.R.P.	POSITIVA	Número de planilla	9496248268

***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						
11	1-dic-25	31-dic-25	98,06%	46 580 000	5 100 000		5 100 000	1 020 000

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

Que, con base en lo anterior se avala el pago por un valor de: **\$ 5.100.000** incluido IVA.

Fecha de expedición: **31** Día **diciembre** Mes **2025** Año

Luzyly Cordoba C.
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

31/12/2025

CONSECUTIVO NRO.

11

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 AL 31 DE DICIEMBRE 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

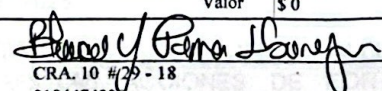
ENDOSO 1:

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
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: DICIEMBRE DE 2025

DATOS DEL INFORME			
Mensual		Final X	
Informe mensual de actividades Nro. 11			
Fecha de Presentación:	31- DICIEMBRE- 2025	Período del informe:	DESDE: 01 DE DICIEMBRE 2025 HASTA: 31 DE DICIEMBRE 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		

✉ 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: DICIEMBRE 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 09/12/2025.	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 la preparación y convocatoria de unidad de análisis de Dengue.	2.1.1 Convocatoria UA.
3. Acompañar (por lo menos 1 vez al mes o cuando sea casos especiales) en terreno a las	3.1 Acompañamiento IEC mortalidad por Dengue	3.1.1 Pantallazos



FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA DE APLICACIÓN: DICIEMBRE DE 2025

visitas de investigación epidemiológica de campo y las búsquedas activas comunitarias que realiza el personal técnico, haciendo la debida retroalimentación.		
4. Realizar análisis de casos para el desarrollo de las unidades de los eventos que los requieran conjuntamente con el resto del equipo involucrado.	4.1. Realización de UA mortalidad por dengue 19/12/2025	4.1.1 Pantallazo convocatoria
5. Socializar y presentar trimestralmente un informe técnico, operativo y de gestión de los avances de acuerdo con los eventos asignados.	5.1 Se realiza apoyo a los referentes asignados en la elaboración de los Boletín epidemiológicos. 05/12/2025	5.1.1 Boletín Consolidado Semana 48. https://drive.google.com/drive/folders/1szc2ywmEv6jFpsDkLljzRqXCClkrVr37?usp=drive_link
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. Se realizó seguimiento a casos de quemados por pólvora.	6.1.1 Mediante notificaciones super inmediatas, con seguimientos a los casos.
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 02/12/2025.	7.1.1 Acta 7.1.2 Registro Fotográfico 7.1.3 Listado de asistencia
8. Realizar jornada de correlación entre programa y SIVIGILA (semanalmente) en conjunto con sistemas de información, de	8.1. Se realizó depuración de bases de los eventos de Zoonosis	8.1.1 Bases depuradas con identificación y rutinas actualizadas.



FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA DE APLICACIÓN: DICIEMBRE DE 2025

acuerdo con el o los eventos asignados, realizando los ajustes requeridos, la georreferenciación de los casos y mantenerlos actualizados,	Semanal.	
9. Apoyar la elaboración y presentación de informes mensuales internos y externos según los eventos asignados.	9.1 Acompañamiento sala situacional Malaria /2025.	9.1.1 https://drive.google.com/drive/folders/1beogFSoQ7IZBEXsEvSD9SOshk6SSCAn2?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.	10.1 Se participó en reunión de equipo mensual.	10.1.1 Registros fotográficos. 10.2.1 registros Fotográficos.

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 CIENTO MIL PESOS M/CTE (5.100.000)

[Handwritten Signature]

Firma del contratista

BLANCA YARED PARRA IBARGUEN

[Handwritten Signature]

Firma Supervisor

LUZCELY CORDOBA CHAVERRA

✉ contacto@quibdo-choco.gov.co

📧 @aicadidooquibdo

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

🌐 www.quibdo-choco.gov.co

J.M.



FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES	
FECHA DE APLICACIÓN: DICIEMBRE DE 2025	

ANEXO

1.1.1 Consolidación y remisión de Boletín semana 48 - 2025. 09/12/2025

BOLETIN EPIDEMIOLOGICO SEM 48 SALUD MENTAL - ZONOSIS - ETV

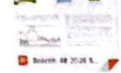
Blanca Yared Parra Ibarquén - blancayaredparra@gmail.com

Buenas tardes se remite boletín semana 48 las bases de encuesta en disquete en el otro

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

BLANCA YARED PARRA IBARQUEN
DIRECTORA EPIDEMIOLOGIA
CEL: 3194474329

Un archivo adjunto • Analizado por Gmail • Agregar icono a Drive



Responder • Reenviar

2.1.1 Convocatoria UA Dengue 01/11/2025

vigilancia sec salud - vigilancia@quibdo-choco.gov.co

Cordial Saludo.

La Secretaría de Salud Municipal dando cumplimiento al decreto 3518 de 2014, a través del programa de vigilancia, en el desarrollo de sus funciones de Inspección vigilancia y control, se permite invitarlos de manera cordial, a participar a la unidad de análisis del evento por mortalidad Dengue residente en el municipio de Quibdó, la cual se relaciona a continuación.

Nombre y Apellidos	Tipo de identificación	Número de identificación	EDAD	EAFS
DERLYN ROSETH ARRAEZ LINARES	CC	4673087	35	NUEVA EPS - S

3.1.1 Acompañamiento IEC Caso mortalidad Dengue

✉ contacto@quibdo-choco.gov.co

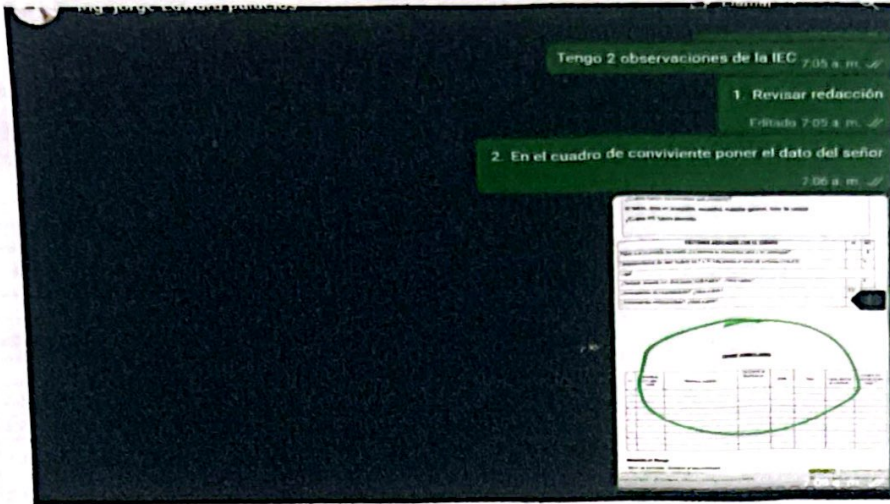
📍 Cra 2 N 24a - 32 Quibdó, Chocó | Código postal 270001

📱 @alcaldiaequibdo

🌐 www.quibdo-choco.gov.co



FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES
FECHA DE APLICACIÓN: DICIEMBRE DE 2025



5.1.1 Boletín Consolidado Semana 48 09/12/2025

✉ 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: DICIEMBRE DE 2025

7.1.1 Reunion Semanal 2/12/2025



CÓDIGO: 160
SECRETARÍA DE SALUD

FORMATO ACTA			
ACTAS DE LA SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DE QUIBDÓ		versión: 1	
		vigencia: 30/05/2025	
REUNION	X	COVE	
		AUDITORIA	
		APERTURA	X
		CIERRE	
2. Acta No.	001		
3. Fecha	2/12/2025		
4. Asunto	Focalizar acciones y validar avances 2025.		
5. Lugar	Secretaría de Salud Municipal de Quibdó, oficina de Vigilancia Epidemiológica.		
6. Objetivo(s)			
Realizar focalización de actividades a realizar durante el mes de diciembre del 2025 y verificar avances.			
7. Personas Citadas		8. Control de asistencia (marque con una X)	
Nombre	Cargo	Asistió	No asistió
Danna Yulisa Palacios Mosquera	Referente Salud Mental	Si	
Sunilda Moreno Chaverra	Auxiliar de Enfermería	Si	
Kelly Yojana Mosquera Martinez	Auxiliar de Enfermería	Si	
Diana Carolina Alcaraz Moreno	Referente Zoonosis	Si	
Bianca Yared Parra Ibarguen	Epidemióloga	Si	

✉ contacto@quibdo-choco.gov.co

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

📱 @alcaldiaequibdo

🌐 www.quibdo-choco.gov.co



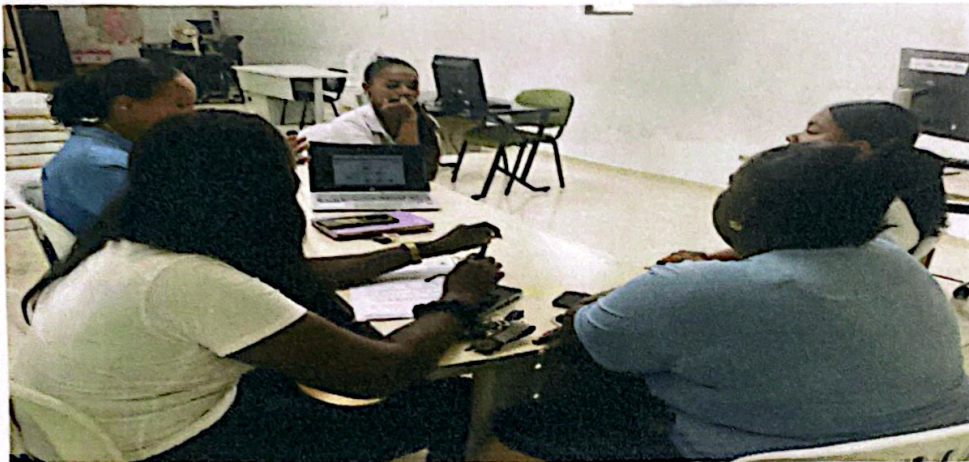
FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA DE APLICACIÓN: DICIEMBRE DE 2025

1.2 Registro asistencia 02/12/2025

ALCALDÍA DE QUIBDÓ		FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA		www.quibdo-choco.gov.co							
ALCALDÍA MUNICIPAL DE QUIBDÓ		DEPENDENCIA: Vigilancia - SSMA									
TITULO: Cronica Equipo USP - Salud Nueva		Lugar: Rima Puz 4		OBJETIVO: focalizar acciones de diciembre 2025 - validar avances - fechas de entrega de productos.							
FECHA: 2/12/2025		Hora inicio: 8:30 am		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			
Luzmila Palacios Mosquera	1029454174	USP	Productora	X					3168014244	luzmila.palacios@quibdo.gov.co	[Firma]
Daniela Pardo Chacurita	89604003	SSMA	Asesora		X				3168014244	daniela.pardo@quibdo.gov.co	[Firma]
MAR YOTANY ROSALENA MONTAÑO	35080001	SSMA	Asesora		X				3168014244	mar.yotany@quibdo.gov.co	[Firma]
Diana Carolina Alvarado Moreno	3079421143	SSMA	Prof. Asesora		X				3168014244	diana.alvarado@quibdo.gov.co	[Firma]
Diana Griselda Vargas	01604735	SSMA	Prof. Asesora		X				3168014244	diana.vargas@quibdo.gov.co	[Firma]

7.1.3 registro fotográfico



✉ 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: DICIEMBRE DE 2025	

10.1.1 Se participó en reunión de equipo 12/12/2025



✉ contacto@quibdo-choco.gov.co

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

🌐 @alcaldiaquibdo

🌐 www.quibdo-choco.gov.co



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	CV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad/Departamento	Teléfono	Estado SEHA e ICBP
CC 10744373		PALMA BARQUEN BLANCA YARDO	INDEPENDIENTE	MUNICIPAL	CR NO 29 IS	QUIBDO-CHICO	31044240	NO

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Salud	Pago	Clave	Planilla	Tipo	Planilla	Fecha	Pago	Fecha	Pago	Valor
2025-12	2025-12	2025-07-23	44024228		1		2025-07-23	2025-12-15	2025-12-15	2025-12-15	\$471,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	ATELADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCALCABILIDADES	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 COMPANIA DE SEGUROS	14-33	880.011.153	6	1	\$49,700	\$0	\$0	\$49,700
CFE (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$40,800	\$0	\$0	\$40,800
CONFACHOCO	CFE79	891.600.091	8	1	\$40,800	\$0	\$0	\$40,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$235,000	\$0	\$0	\$235,000
NEEVA E.P.S.	EPS037	900.156.264	2	1	\$235,000	\$0	\$0	\$235,000
TOTAL				1	\$671,900	\$0	\$0	\$671,900

2025/12/15 03:54 AM

Resumen General de Pago

EREALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
		PARRA IBARGUEN BLANCA YARED	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	RR 10 29 18	QUIBOO-CHOCO	3104474330	No

EREALES DE LA LIQUIDACION								
Identificación	Clave	Tipo	Fecha	Pago				
Salud	Pago	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
1025-12	7008060725	9496248268	I	2026/01/20	2025/12/15	BANCO DE BOGOTÁ	0	\$671.900

CON DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
NCTPAL (1 Afiliados)																					
				\$2,040,000	\$326,400			\$2,040,000	\$255,000			\$2,040,000	\$40,800			\$2,040,000	\$49,700			\$0	\$0
Deppto: 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
Deppto: 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
1437473	PARRA BLANCA	25-14	30	\$2,040,000	\$326,400	EP5037	30	\$2,040,000	\$255,000	CCF29	30	\$2,040,000	\$40,800	14-23	30	\$2,040,000	\$49,700	30		\$0	\$0
Afiliados(1)				\$2,040,000	\$326,400			\$2,040,000	\$255,000			\$2,040,000	\$40,800			\$2,040,000	\$49,700			\$0	\$0

 **Pago exitoso**

Número de autorización 039202

Lunes, 15 de diciembre de 2025, 3:50:50 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: 9496248268

Fecha y hora inicio transacción 2025-12-15 03:49:28
 NIT del comercio 9999001472382
 Número de factura 9496248268
 Código Único de Seguimiento 2008060725
 Dirección IP: 38.52.207.240

Referencia 1: 38.52.207.232
 Referencia 2: CC
 Referencia 3: 1077437473



Buscar...

Mis procesos | Menú | Ir a

Menú -> Administración de contratos -> Ver contrato

Información general

Datos guardados

Condiciones

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Bienes y servicios

VER CONTRATO

Documentos del Proveedor

Ejecución del Contrato

Documentos del contrato

6 Información presupuestal

Plan de Pagos

7 Ejecución del Contrato

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

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	29/08/2025 10 35 00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-	5.100.000 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 007	007	1/08/2025 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
Pago 010	010	1/11/2025 1 31 00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-	5.100.000 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle

Crear

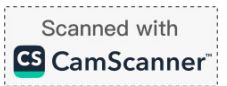
Documentos de ejecución del contrato

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

Editar

<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
<input type="checkbox"/>	cuenta_sep.pdf	cuenta_sep.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	cuenta_oct.pdf	cuenta_oct.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	Cuenta_Nov.pdf	Cuenta_Nov.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo



Quibdó, 31 de diciembre 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