

CERTIFICADO DE SUPERVISIÓN Y AUTORIZACIÓN DE DESEMBOLSO

INFORMACIÓN CONTRACTUAL		
Nombre del (la) Contratista	BLANCA YARED PARRA IBARGUEN	
Tipo de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS	
Contrato N°	366 DE 2026	
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	

OBJETO PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LOS PROCESOS LOGISTICOS, OPERATIVOS Y TÉCNICOS NECESARIOS PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES INSTITUCIONALES EN SALUD, INCLUYENDO ACCIONES DE ACOMPAÑAMIENTO EN TERRITORIO

VIGENCIA 2026

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) 366 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)	30-ene-2026	Plazo de Ejecución	11 meses, y 0 días
Fecha de terminación (Incluye prórrogas)	29-dic-2026		

VALOR INICIAL	\$ 44.486.200,00
Adición 1	-
Adición 2	-
Adición 3	-
VALOR TOTAL	\$ 44.486.200,00

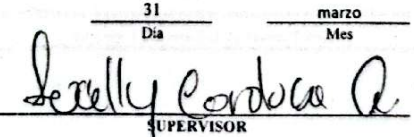
Prórrogas	Días
Prórroga 1	
Prórroga 2	
Prórroga 3	

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
115	919	29/01/2026	2.3.2.02.02.009.19.05.01	\$ 4.044.200

INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
Salud	226.100	EPS	NUEVA EPS	Número de planilla 9500636458
Pension	289.300	Fondo Pensiones	COLPENSIONES	Número de planilla 9500636458
A.R.P	44.100	A.R.P	POSITIVA	Número de planilla 9500636458

***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						
3	1-mar-26	31-mar-26	18.48%	4.179.007	4.044.200	-	4.044.200	36.262.993

CERTIFICACIÓN	
El / la suscrito (a) supervisor (a) / interventor (a) certifica:	
Que, <u>BLANCA YARED PARRA IBARGUEN</u> , identificado(a) con C.C. N° <u>1.077.437.473</u> cumplió a satisfacción con el objeto del (la) <u>PRESTACION DE SERVICIOS</u> N° <u>366</u> de <u>2026</u> , 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: <u>\$ 4.044.200</u> incluido IVA.	
Fecha de expedición:	31 marzo 2026 Dia 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

31/03/2026

CONSECUTIVO NRO.

3

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.

366

Cuyo objeto es

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LOS PROCESOS LOGÍSTICOS, OPERATIVOS Y TÉCNICOS NECESARIOS PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES INSTITUCIONALES EN SALUD, INCLUYENDO ACCIONES DE ACOMPAÑAMIENTO EN TERRITORIO.

CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 1 AL 31 DE MARZO 2026.

VALOR EN NÚMEROS 4.044.200

SUBTOTAL	\$	4.044.200
IVA ASUMIDO		
TOTAL	\$	4.044.200

VALOR EN LETRAS:

CUATRO MILLONES CUARENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS PESOS.

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: MARZO DE 2026

DATOS DEL INFORME			
Mensual x		Final	
Informe mensual de actividades Nro. 3			
Fecha de Presentación:	31-MARZO - 2026	Período del informe:	DESDE: 01 DE MARZO 2026 HASTA: 31 DE MARZO 2026
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:	No Aplica	Nro. de documento de identidad:	No Aplica
Valor del Contrato:	\$ 44.486.200	Valor de Adición:	\$ 0
DATOS DEL CONTRATO			
Contrato Nro.	366 DE 2026		
Objeto:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LOS PROCESOS LOGÍSTICOS, OPERATIVOS Y TÉCNICOS NECESARIOS PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES INSTITUCIONALES EN SALUD, INCLUYENDO ACCIONES DE ACOMPAÑAMIENTO EN TERRITORIO. VIGENCIA 2026		



FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES	
FECHA DE APLICACIÓN: MARZO DE 2026	

CDP Nro.	115	CRP Nro.	919		
Póliza Nro.	No Aplica	Fecha Acta de Aprobación Póliza:		No Aplica	
Plazo:	11 MESES	Fecha de Iniciación :	30-01-2026	Fecha de Terminación:	29-12-2026
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 en Salud Pública, conforme a los lineamientos técnicos y operativos establecido.	1.1 Se asistió a reunión de equipo en la SSMQ.	1.1.1 Acta con listado de asistencia y registro fotográfico. https://drive.google.com/drive/u/4/folders/1YDXzSrIVsHLenkUmcMHwfjXcwawS1pID
2. Apoyar la elaboración y ejecución del Plan Trimestral de Asistencia Técnica dirigido a las UPGD y EAPB, de acuerdo con los eventos asignados y en observancia de los lineamientos impartidos por el líder de Vigilancia en Salud Pública.	2.1 Se realizaron AT Programadas	2.1.1 Cronogramas. 2.1.2 Actas: https://drive.google.com/drive/folders/1ozizbuUw7G8B0pGIMkW3318890DFeSPR?usp=drive_link 2.1.4 Reg. fotografico
3. Acompañar las visitas de investigación epidemiológica de campo que realiza el personal técnico.	3.1 Para este mes no se realizó esta actividad.	No aplica



FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES	
FECHA DE APLICACIÓN: MARZO DE 2026	

4. Realizar las unidades de análisis de los eventos de interés en salud pública (EISP) asignados según la priorización del manual de unidad de análisis.	No se realizó para este mes.	No aplica.
5. Socializar y presentar trimestralmente un informe técnico incluyendo los tableros de control de acuerdo a los eventos asignados (EISP).	5.1 Se realizó actualización de rutinas con el comportamiento de los eventos.	5.1.1 Rutinas actualizadas https://docs.google.com/presentation/d/1SDdJfM5ltyL4dfZQaqHUKmGUf_Kz2Ts3/edit?usp=drive_link&ouid=117443618994484240386&rtfpof=true&sd=true
6. Participar en la atención a planes de respuesta a brotes o emergencias en salud búsqueda activa comunitaria de los eventos asignados.	No se realizó para este mes.	No aplica.
7. Apoyar las orientaciones técnicas o asesorías semanales y educación continua al personal técnico asignado, de acuerdo con las necesidades evidenciadas en las actividades que realizan.	7.1 Se realizó fortalecimiento técnico a la Auxiliar para el abordaje de visitas de inspección de Stock SAFO.	7.1.1 Acta y listado de asistencia. Fotografía https://drive.google.com/drive/u/4/folders/1YDXzSrlVsHLenkUmcMHwfjXcwawS1pID
8. Apoyar la jornada de correlación entre programa y SIVIGILA (semanalmente) de acuerdo con el evento asignado juntamente con el ingeniero que maneja el sistema.	8.1 Se realizaron ajustes requeridos y notificación de evento.	8.1.1 Acta con listado de asistencia y registro fotográfico.
9. Participar en los COVE que realiza la Secretaría de salud municipal y departamental en conjunto con el líder de Vigilancia de acuerdo con los eventos de su responsabilidad (apoyar, preparar, convocar), el cual tendrá la secretaría técnica y funcionar por lo menos cada mes.	9.1 Se participó en el COVE Mensual de VSP.	9.1.1 Pantallazo
10. Participar y asistir en las Auditorias como equipo interdisciplinario en caso de que se presente.	10.1 Se Seralizó Auditoria Gaudi NEPS contributivo y subsidiado	10.1.1 Registro Fotografico



FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA DE APLICACIÓN: MARZO DE 2026

11. Apoyar en la gestión del programa o proyecto que se le asigne, de acuerdo con los lineamientos y protocolos establecidos.	11.1 Se proyecto y programó seguimiento al Stock de SAFO	11.1.1 Formato de Visita y Circular enviada.
12. Las demás que asigne la administración, de acuerdo con el nivel, la naturaleza, y el área de prestación del servicio, en el marco del objeto del contrato.	No se realizó para este Mes	No aplica

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 CUATRO MILLONES CUARENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS PESOS (M/CTE) \$4.044.200.

Blanca Y. Parra Ibarguen

Firma del contratista

BLANCA YARED PARRA IBARGUEN

Luzcelly Cordoba Co.

Firma Supervisor

LUZCELY CORDOBA CHAVERRA

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA DE APLICACIÓN: MARZO DE 2026

ANEXOS

1.1.2 Reunion de equipo Marzo 2026.

ALCALDÍA DE QUIBDÓ		FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA		www.quibdo-choco.gov.co			
ALCALDÍA MUNICIPAL DE QUIBDÓ		DEPENDENCIA: Vigilancia					
TEMA: Reunion de equipo de seguimiento		OBJETIVO:					
FECHA: 2/03/2026		Lugar: Secretaría					
Hora inicio: 2:30pm		Hora terminación: 4:30pm					
NOMBRE	CEDULA DE CIUDADANIA	DEPENDENCIA Y/O ENTIDAD	CARGO	TIPO DE PARTICIPACIÓN	TELÉFONO	E-MAIL	FIRMA
				SERVICIO PÚBLICO CONTRATISTA CIUDADANO LÍDER COMUNITARIO ESTUDIANTE JOVEN LÍDER			
Kelly Patricia Ospina	3588844	S.S.M.A	Asesor	X	314727218	kellyospina@gmail.com	Kelly
Carmen María Valencia	35546103	S.S.H.O	Asesor	X	314610322	carmenvalencia103@gmail.com	Carmen
Simela Marina Chavira	35604028	S.S.H.O	Asesor	X	314610322	simelachavira@gmail.com	Simela
Edna Carolina Camacho	3540103	S.S.H.O	Asesor	X	314610322	ednacamacho@gmail.com	Edna
Alina Estela Páez A.	35713622	S.S.H.O	P. Asesor	X	31045597	alinaestela@gmail.com	Alina
Henry Asprilla Salas	317418018	S.S.M.A	Asesor	X	314610322	henryasprilla@gmail.com	Henry A.S.
Nancy Martínez Rojas	313446597	S.S.M.A	Asesor	X	314610322	nancymartinezrojas@gmail.com	Nancy Martínez
Andrés Aponte Torres	35516043	S.S.M.A	Asesor	X	314610322	andresapontetorres@gmail.com	Andrés
Laura Esther Gómez	314425136	S.S.H.O	Asesor	X	314610322	lauragomez@gmail.com	Laura G.
Mileidy Carolina Anaya	317418018	S.S.M.A	Asesor	X	314610322	mileidy@gmail.com	Mileidy



FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA DE APLICACIÓN: MARZO DE 2026

2.1.1 Cronogramas AT

IPS	Fecha	Hora de Inicio	Lugar
Hospital San Francisco de Asís	24/03/2026	9:00 a.m.	Instalaciones de la IPS
Hospital Ismael Roldán Valencia	25/03/2026	9:00 a.m.	Instalaciones de la IPS
Comfachoco	26/03/2026	9:00 a.m.	Instalaciones de la IPS
Clínica Vida	26/03/2026	9:00 a.m.	Instalaciones de la IPS
Sanidad Ejército	27/03/2026	9:00 a.m.	Instalaciones de la IPS

2.1.2 Reg. Fotográfico



	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES
	FECHA DE APLICACIÓN: MARZO DE 2026



7.1.1 Acta y listado de asistencia. Fotografía – Tema Fortalecimiento Stock SAFO.



	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES
	FECHA DE APLICACIÓN: MARZO DE 2026

10.1.1 Registro Fotografico – Audotria Gaudi NEPS



11.1.1 Formato de Visita y Circular enviada.

CIRCULAR EXTERNA No. 022 **16 de marzo del 2026**

PARA: Gerentes y directores Médicos de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con Servicio de Urgencias del municipio de Quibdó.

DE: Secretaría de Salud Municipal de Quibdó – Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

ASUNTO: Notificación de visitas técnicas de inspección, vigilancia, para verificación de disponibilidad y manejo de suero antiofidico

Cordial saludo

La Secretaría de Salud Municipal de Quibdó, en ejercicio de las competencias establecidas en la Ley 715 de 2001, artículo 44, mediante la cual se asigna a los municipios la responsabilidad de dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción; en concordancia con lo dispuesto en la Ley 9 de 1979 – Código Sanitario Nacional. El





ALCALDÍA DE
QUIBDÓ

NIT: 891680011-0

CÓDIGO: 160
SECRETARÍA DE SALUD

	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES
	FECHA DE APLICACIÓN: MARZO DE 2026



ALCALDÍA DE
QUIBDÓ
NIT: 891680011-0

CÓDIGO: 160
SECRETARÍA DE SALUD

ACTA DE VISITA TÉCNICA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

CONTROL DE INSUMOS CRÍTICOS: SUERO ANTIOFÍDICO

No. de Acta: _____

Fecha: _____ de _____ de 2026

Hora de Inicio: _____ Hora de Finalización: _____

1. IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

- Nombre de la IPS:

- NIT / Código de Habilitación:

✉ 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									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-02	2026-02	163585037		9500636458	I	2026/03/17	2026/03/24	BANCO DE BOGOTA	\$595,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,800,000	\$288,000			\$1,800,000	\$225,000			\$1,800,000	\$36,000			\$1,800,000	\$43,900		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,800,000	\$288,000			\$1,800,000	\$225,000			\$1,800,000	\$36,000			\$1,800,000	\$43,900		\$0	\$0	
Ciudad: QUIBDO Depto: CHOCO (1 Afiliados)					\$1,800,000	\$288,000			\$1,800,000	\$225,000			\$1,800,000	\$36,000			\$1,800,000	\$43,900		\$0	\$0	
1	CC	1077437473	PARRA BLANCA	25-14	30	\$1,800,000	\$288,000	EPS037	30	\$1,800,000	\$225,000	CCF29	30	\$1,800,000	\$36,000	14-23	30	\$1,800,000	\$43,900	30	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,800,000	\$288,000			\$1,800,000	\$225,000			\$1,800,000	\$36,000			\$1,800,000	\$43,900		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1077437473		PARRA IBARGUEN BLANCA YARED	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 10 29 18	QUIBDO-CHOCO	3104474330	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	163585037	9500636458	I	2026/03/17	2026/03/24	BANCO DE BOGOTA	7	\$595,700

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$288,000	\$1,300	\$0	\$289,300	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$288,000	\$1,300	\$0	\$289,300	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$43,900	\$200	\$0	\$44,100	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$43,900	\$200	\$0	\$44,100	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$36,000	\$200	\$0	\$36,200	
COMFACHOCÓ	CCF29	891,600,091	8	1	\$36,000	\$200	\$0	\$36,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$225,000	\$1,100	\$0	\$226,100	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$225,000	\$1,100	\$0	\$226,100	
TOTAL				1	\$592,900	\$2,800	\$0	\$595,700	



Yared Parra Ibarguen <yaredsitaparra@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada CUS 163585037

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

24 de marzo de 2026 a las 7:48

**¡Hola, BLANCA YARED PARRA IBARGUEN!****Estado de la Transacción:** **Aprobada ****Los siguientes son los datos de tu transacción:****Valor:** \$ 595.700**Empresa:** APORTES EN LINEA**Descripción:** Pago de la Planilla de aportes con clave:
9500636458**Fecha de la transacción:** 24/03/2026**CUS:** 163585037

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 marzo de 2026

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

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

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	1/01/2026 7:44:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	-	134.807 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 002	002	1/02/2026 7:56:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	-	4.044.200 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
☐ EJECUCION-20260312T065737Z-1-001.zip	EJECUCION-20260312T065737Z-1-001.zip	Comprador	Descargar Detalle
☐ CUENTA_ENERO.pdf	CUENTA_ENERO.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐ CUENTA_FEB.pdf	CUENTA_FEB.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
		Borrar Cargar nuevo	

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal