



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 QUIBDO**

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

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	225.000	EPS	NUEVA EPS	Número de planilla	9505568984
Pension	288.000	Fondo Pensiones	COLPENSIONES	Número de planilla	9505568984
A.R.P	43.900	A.R.P	POSITIVA	Número de planilla	9505568984

***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						
6	1-jun.-26	30-jun.-26	45,76%	16.311.607	4.044.200	-	4.044.200	24.130.393

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° **366** de **2026**, 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: **\$ 4.044.200** incluido IVA.

Fecha de expedición: **30** **junio** **2026**
Día Mes Año

Luzcely Cordoba Chaverra
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

30/06/2026

CONSECUTIVO NRO.

6

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 30 DE JUNIO 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.

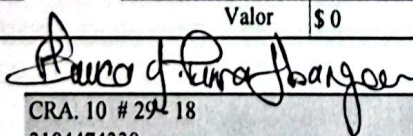
ENDOSO 1:

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: JUNIO DE 2026	

DATOS DEL INFORME			
Mensual x		Final	
Informe mensual de actividades Nro. 6			
Fecha de Presentación:	30-JUNIO - 2026	Período del Informe:	DESDE: 01 DE JUNIO 2026 HASTA: 30 DE JUNIO 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		

✉ 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: JUNIO 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 mensual. 1.2 Se realizó boletín epidemiológico. 1.3 Se hizo verificación de la base de los eventos a cargo.	1.1.1 Registro fotográfico. 1.1.2 Pantallazo del boletín. 1.2.1 Base y rutinas depuradas
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 Actas: https://drive.google.com/drive/folders/1ozizbuUw7G8B0pGIMkV3318890DFeSPR?usp=drive_link 2.1.2 Reg. Fotográfico
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

✉ 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: JUNIO 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 mensual. 1.2 Se realizó boletín epidemiológico. 1.3 Se hizo verificación de la base de los eventos a cargo.		1.1.1 Registro fotográfico. 1.1.2 Pantallazo del boletín. 1.2.1 Base y rutinas depuradas	
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 Actas: https://drive.google.com/drive/folders/1ozizbuUw7G8B0pGIMkW3318890DFeSPR?usp=drive_link 2.1.2 Reg. Fotográfico	
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	

✉ 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: JUNIO 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 Boletín epidemiológico con la actualización de rutinas con el comportamiento de los eventos.	5.1.1 Pantallazo envío del Boletín semana 20
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 Pantallazo de ajustes realizados - 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 Acta y Listado de asistencia
10. Participar y asistir en las Auditorias como equipo interdisciplinario en caso de que se presente.	10.1 No se realizó para este mes	No aplica

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

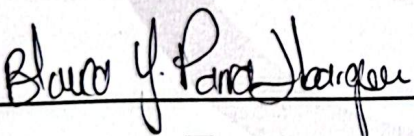
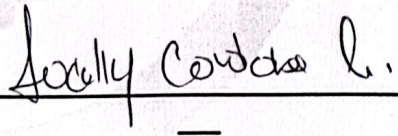
FECHA DE APLICACIÓN: JUNIO DE 2020

11. Apoyar en la gestión del programa o proyecto que se le asigne, de acuerdo con los lineamientos y protocolos establecidos.	11.1 Se programó seguimiento al Stock de SAFO	11.1.1 Pantallazo Cronograma 11.1.2 Visitas realizadas
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.

	
Firma del contratista	Firma Supervisor
BLANCA YARED PARRA IBARGUEN	LUZCELY CORDOBA CHAVERRA

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES	
FECHA DE APLICACIÓN: JUNIO 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 Boletín epidemiológico con la actualización de rutinas con el comportamiento de los eventos.	5.1.1 Pantallazo envío del Boletín semana 20
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/1YDXzSrIVsHLenkUmcMHwfjXcwawS1pID
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 Pantallazo de ajustes realizados - 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 Acta y Listado de asistencia
10. Participar y asistir en las Auditorias como equipo interdisciplinario en caso de que se presente.	10.1 No se realizó para este mes	No aplica

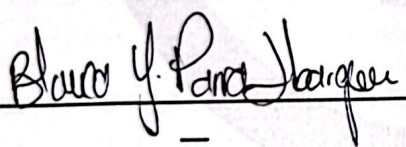
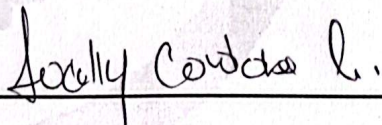
FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES	
FECHA DE APLICACIÓN: JUNIO DE 2020	

Apoyar en la gestión del grama o proyecto que se le gne, de acuerdo con los amientos y protocolos tablecidos.	11.1 Se programó seguimiento al Stock de SAFO	11.1.1 Pantallazo Cronograma 11.1.2 Visitas realizadas
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 periodo 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.

 Firma del contratista BLANCA YARED PARRA IBARGUEN	 Firma Supervisor LUZCELY CORDOBA CHAVERRA
---	--

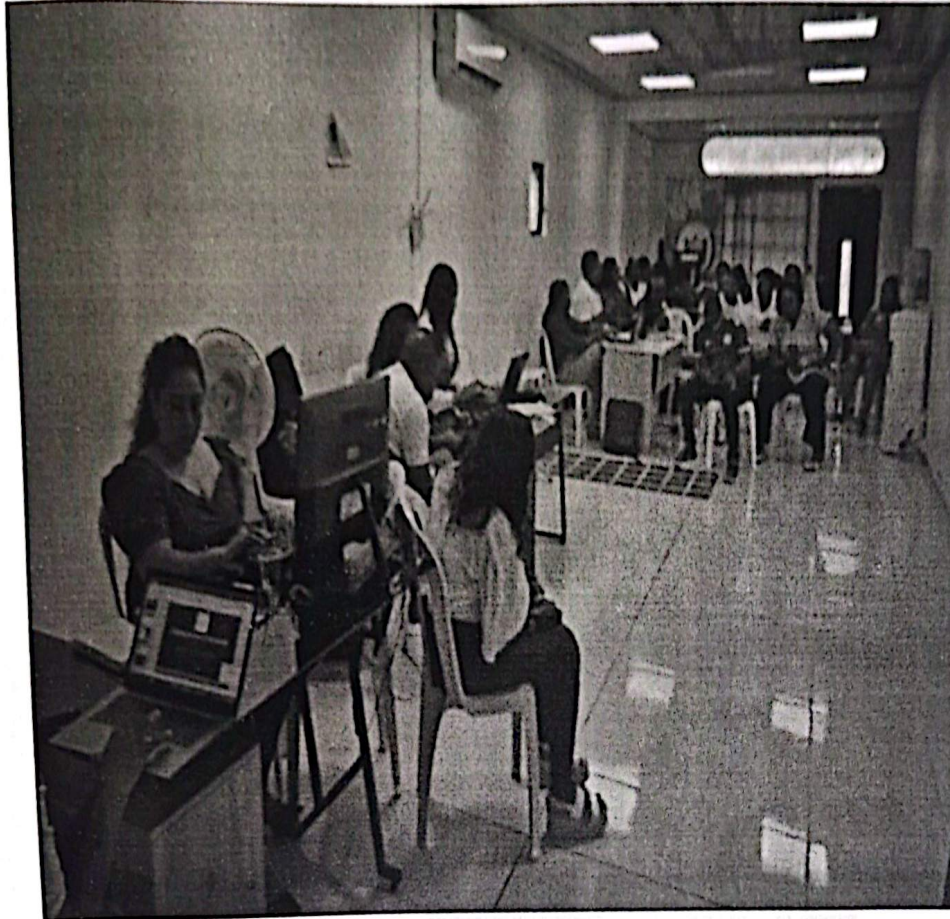


FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA DE APLICACIÓN: JUNIO DE 2026

ANEXOS

1.1.1 Reunión de equipo



✉ contacto@quibdo-choco.gov.co

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

🌐 @alcaldiadequibdo

🌐 www.quibdo-choco.gov.co



FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA DE APLICACIÓN: JUNIO DE 2026

1.1.2 Boletín realizado.



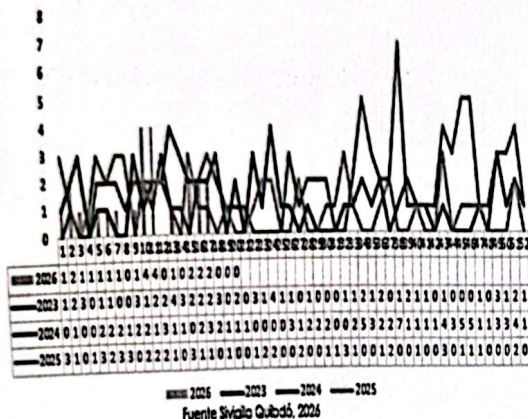
Boletín
Epidemiológico

Semana 20
Hasta el 23 de
Mayo de 2026

Animales potencialmente transmisores de rabia (APTR).

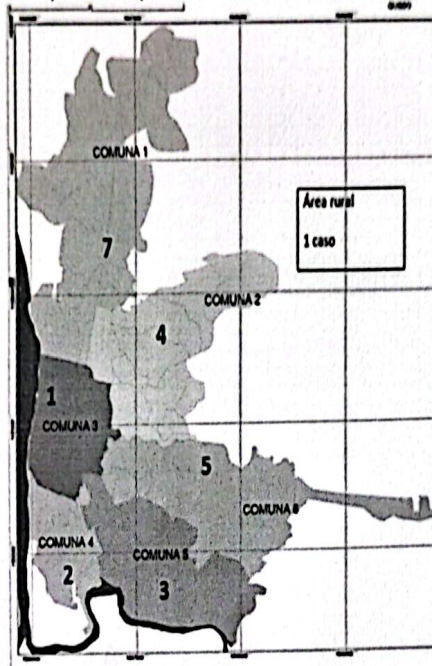
A semana epidemiológica 20 de 2026 se han notificado 23 casos de APTR, de los cuales el 95,6% (22) corresponde a agresiones por perro, el 4,35% (1) por gato. Al momento de la consulta, el 60,9% de los animales no presentaba signos de rabia y en el 39,1% el estado era desconocido. Según la clasificación, el 47,8% de los casos correspondió a no exposición, el 30,4% a exposición leve y el 21,7% a exposición grave. A la fecha no se han reportado casos de rabia animal, humana ni mortalidad asociada. Gráfica 24.

Gráfica 24. Comportamiento semanal de la APTR, Quibdó, Semana Epidemiológica 1 a 20, 2023 - 2026



De acuerdo con el lugar de ocurrencia, se observa que el 95,7% de los casos se encuentran en el área urbana y el 4,3% en el área rural. Mapa 10.

Mapa 10. Casos por comunas, APTR, Quibdó, SE 1 a 20, 2026



Fuente: Vigilancia, 2026

www.quibdo-choco.gov.co

@alcaldiaquibdo

contacto@quibdo-choco.gov.co

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

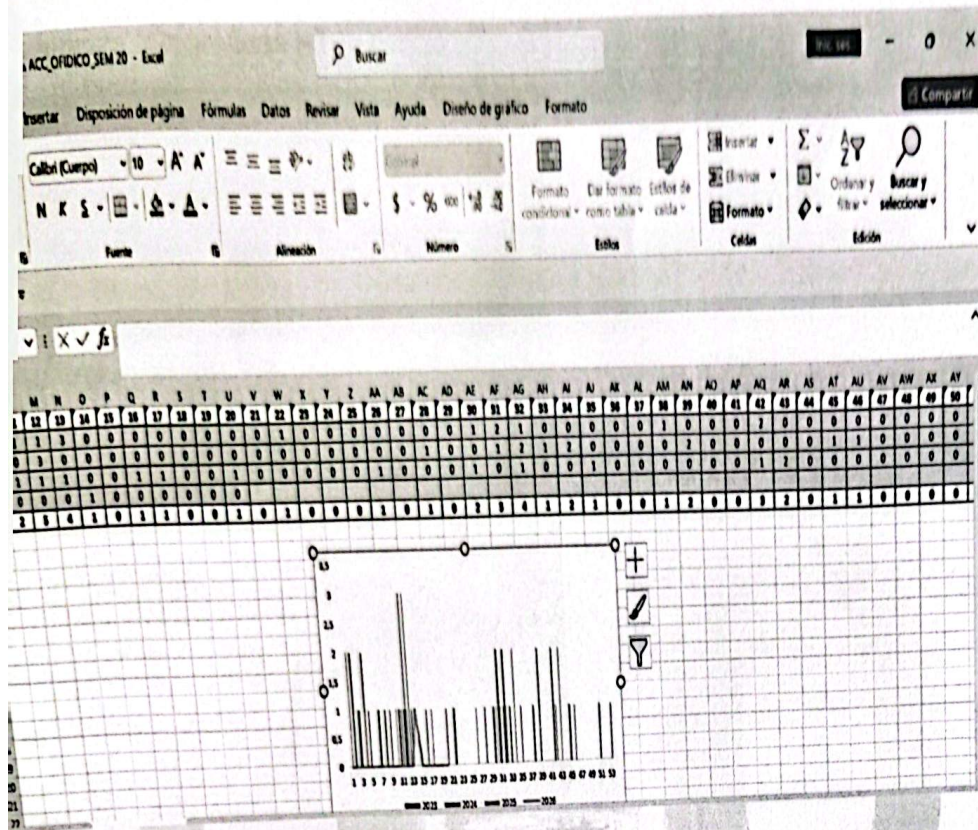
@alcaldiaquibdo

www.quibdo-choco.gov.co

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA DE APLICACIÓN: JUNIO DE 2026

Atenas depuradas



✉ contacto@quibdo-choco.gov.co

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

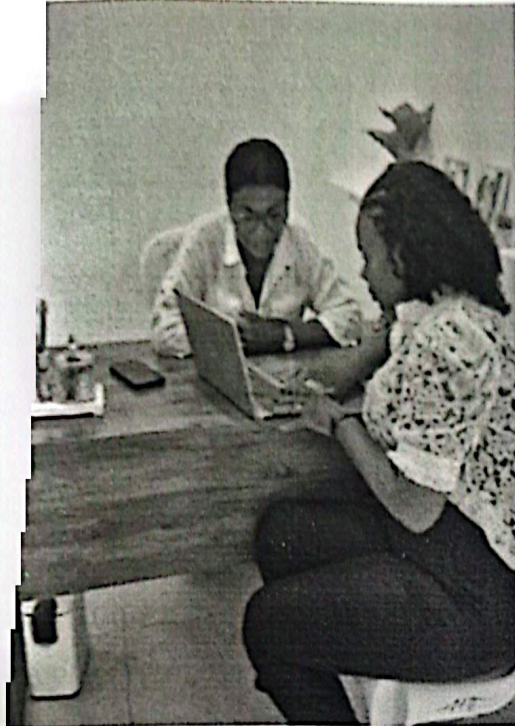
📱 @alcaldia de quibdo

🌐 www.quibdo-choco.gov.co

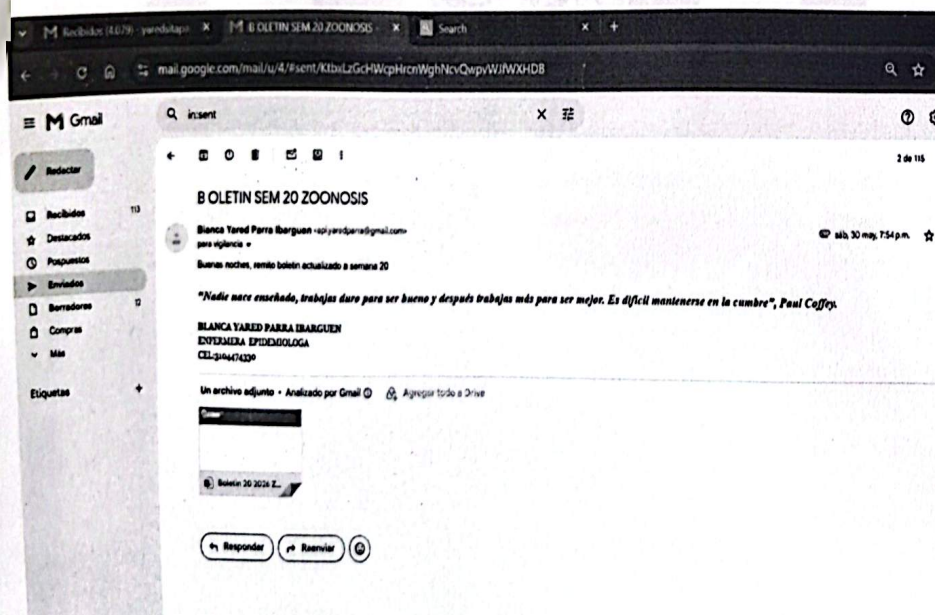
FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA DE APLICACIÓN: JUNIO DE 2026

idencias fotograficas AT.



3.1.1 Remisión Boletín Semana 20



CO...@quibdo.gov.co

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

www.quibdo.gov.co

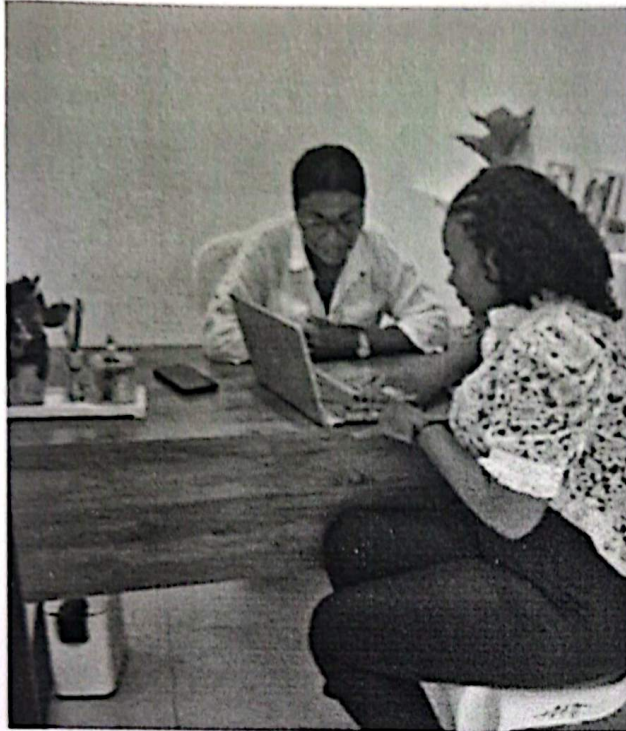
www.quibdo-choco.gov.co



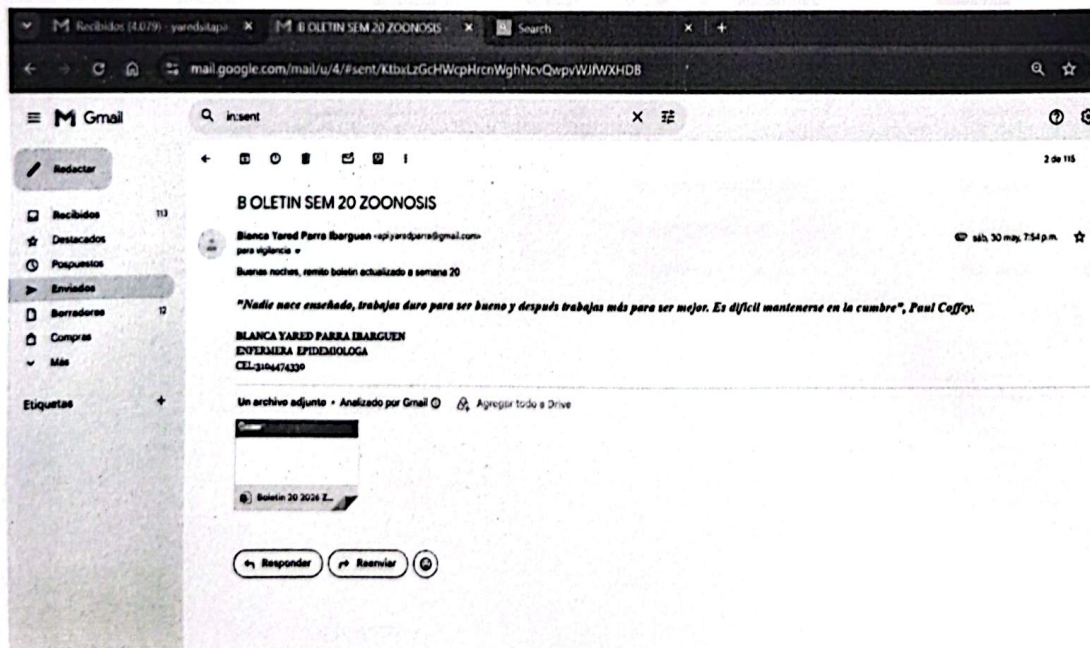
FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA DE APLICACIÓN: JUNIO DE 2020

2.1.1 Evidencias fotograficas AT.



5.1.1 Remisión Boletín Semana 20



s procesos Menú Ir a

Administración de contratos → Ver contrato

general

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

VER CONTRATO

Inicio

Ejecución del Contrato

Proveedores

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Detalles del contrato

Plan de Pagos

Presupuestal

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐ SI ☒ No

Historial del Contrato

Acciones del Contrato

Comentarios

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
Pago 003	003	21/04/2026 2:48:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	23/04/2026 12:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	4.044.200 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 004	004	1/04/2026 8:47:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-	4.044.200 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 005	005	1/05/2026 3:26:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-	4.044.200 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle

Crear

Documentos de ejecución del contrato

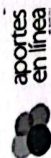
Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
☐ EJECUCION-20260312T065737Z-1-001.zip	EJECUCION-20260312T065737Z-1-001.zip	Comprador	Descargar Detalle
☐ CUENTA_ENERO.pdf	CUENTA_ENERO.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐ CUENTA_FEB.pdf	CUENTA_FEB.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐ CUENTA_MARZO.pdf (Archivado)	CUENTA_MARZO.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐ CUENTA_MARZOOK.pdf	CUENTA_MARZOOK.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐ CUENTA_ABRIL.pdf	CUENTA_ABRIL.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐ Cuenta Mayo_Scann.pdf	Cuenta Mayo_Scann.pdf	Proveedor	Descargar Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal



RESUMEN

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				Clase Aportante		Sucesos Principales		Dirección		Ciudad-Departamento		Teléfono		ICBF									
Identificación		Razón Social				PRINCIPAL		SR 10 29 18		QUIBDO-CHOCO		3104471330		No									
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																							
Período		Tipo		Fecha		Pago		Días		Valor													
2024-05		1		2024/06/18		2024/06/14		30		\$562,900													
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Edad	IBF	Aporte	Código	Días	IBF	Aporte	Código	Días	IBF	Aporte	Código	Días	IBF	Aporte	Código	Días	IBF	Aporte		
1	107437973	PARA BARRIGUEN BLANCA YAREID	20	\$1,800,000	\$288,000		30	\$1,800,000	\$288,000		30	\$1,800,000	\$288,000		30	\$1,800,000	\$288,000		30	\$1,800,000	\$288,000		
Total					\$288,000		30		\$288,000		30		\$288,000		30		\$288,000		30		\$288,000		

Results.. -

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										Dirección		Ciudad	
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante		Structural Principal		No. 10 29 18		QUIMBO-CNOCO		310474130		
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION													
Periodo		Clave	Planilla	Tipo	Limite	Fecha	Pago	Pago	Días More	Valor			
Periodo	Salud		Planilla						0				
2024-05	2024-05	394017307	99056A984	1		2024/04/18							
RESUMEN DE PAGO													
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES		VALOR A PAGAR			
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$288,000	\$0			\$288,000			
COPENSIONES		25-14	900,336,004	7	1	\$288,000	\$0			\$288,000			
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$43,900	\$0			\$43,900			
POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS		14-23	860,011,153	6	1	\$43,900	\$0			\$43,900			
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$36,000	\$0			\$36,000			
CONFACHOCO		CC29	891,600,091	8	1	\$36,000	\$0			\$36,000			
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$225,000	\$0			\$225,000			
NUEVA E.P.S.		EP-037	900,156,264	2	1	\$225,000	\$0			\$225,000			
TOTAL					1	\$592,900	\$0			\$592,900			

Yared Parra Ibarguen <yaredsitaparra@gmail.com>

Gmail

PSE - Transacción Aprobada ☒ CUS 396013707

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

16 de junio de 2026 a las 15:36



¡Hola, BLANCA YARED PARRA IBARGUEN!

Estado de la Transacción: **Aprobada** ☒

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 592.900,00

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave:
9505568984

Fecha de la transacción: 16/06/2026

CUS: 396013707

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, 30 de Junio 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