	CUENTA DE COBRO	VERSIÓN:	001
	GESTIÓN FINANCIERA	VIGENCIA:	03/02/2026

ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR
NIT 824,003,142-0

DEBE A:

NOMBRE: **CARMEN PATRICIA CHARRY PRADA**

IDENTIFICACIÓN: CC [X] NIT [ ] NUMERO **1.067.716.473** DV [ ] DE **CODAZZI**

LA SUMA DE:

(LETRAS) **TRES MILLONES VEINTICUATRO MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS**

(NUMEROS) $ **3.024.837**

POR CONCEPTO DE:

CONTRATO No. ***045** DESEMBOLSO No. **1** DE **5**

OBJETO: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL LOGRO DE UNA EFICIENTE LABOR ADMINISTRATIVA DE LA ASAMBLEA**

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: **14/01/2026** y **13/02/2026**

FECHA: 17/03/2026

DIRECCIÓN: **CRA 24 # 20-56**

CIUDAD/MUNICIPIO DONDE SE PRESTA EL SERVICIO: **VALLEDUPAR**

CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA CIIU- DE ESTE COBRO (en caso de no señalarla se aplicará la retención máxima vigente):	***8299**
TELÉFONO	**317 5618242**

De conformidad con lo establecido en el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019, para la aplicación de lo señalado en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario y el segundo parágrafo del artículo 383, declaro baja la gravedad de juramento que:

Soy declarante de renta SI [ ] NO [x]

De conformidad con lo establecido en el artículo 9 del Decreto 2231 de 2023, para la aplicación de lo señalado en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo la gravedad del juramento que:

Tomaré costos o deducciones asociados a los ingresos. SI [ ] NO [X]

(Marque una sola opción)

Si el contratista desea obtener los beneficios tributarios, indique cual de estas condiciones cumple y adjunte los soportes correspondientes según la selección:

Pagos por salud a empresas de medicina prepagada o pagos por seguros de salud	NO
Aportes a fondos de pensiones voluntarias (APV) o cuentas de ahorro para el fomento de la construcción (AFC)	NO
Intereses o corrección monetaria en virtud de préstamos para adquisición de vivienda	NO
Aportes obligatorios al sistema de seguridad social integral.	SI
Declaración juramentada de dependencia económica	NO

Manifiesto libre y voluntariamente que: La(s) persona(s) relacionadas(s) a continuación se encuentran bajo mi responsabilidad y dependencia económica y mensualmente mis gastos ascienden a la suma de $

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO				NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
	CC	RC	TI	CE		

Declaro bajo la gravedad del juramento que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA, así como los soportes adjuntos a este documento. Autorizo que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, que se apliquen las sanciones contempladas en la Ley.
Esta declaración se elabora para los efectos tributarios establecidos en el artículo 2 del Decreto 099 de 2013.

Carmen Charry
FIRMA

* Ver aviso de privacidad para recolección de datos al respaldo de este documento

* Ver instrucciones para el diligenciamiento al respaldo de este documento

ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR
FECHA: 17-03-2026
HORA: 8:37 AM
RECIBIDO:

ASAMBLEA DEL CESAR	**INFORME DE SUPERVISION** **INFORME 01** 045 001 17032026	Versión Doc.: 02 Fecha: 03/02/2026 Páginas: Página **1** de **2**

DATOS GENERALES

Número del Proceso	**CD-045-2026**	Número del Contrato	**C-045-2026**	Cuenta	**01 de 5**

Modalidad de Contratación	Tipo de Contratación	Justificación de la modalidad
CONTRATACION DIRECTA	**PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN**	**PRESTACION DE SERVICIOS**
Contratista	**CARMEN PATRICIA CHARRY PRADA**	
CC o NIT	C.C. 1.067.716.473 DE CODAZZI	
Contratante	**ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR**	
Representante Legal	**MIGUEL ÁNGEL GUTIÉRREZ RAMÍREZ**	
Fecha de Suscripción	14/01/2026	
Objeto del Contrato	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL LOGRO DE UNA EFICIENTE LABOR ADMINISTRATIVA DE LA ASAMBLEA**	
Plazo Inicial del contrato	**CINCO (05) MESES**	
Fecha de Inicio	**14/01/2026**	
Fecha Terminación	**13/06/2026**	
Valor Inicial del Contrato	**$ 15.124.837**	
Valor Mensual	**$ 3.024.837**	
Forma de Pago	**CINCO (05)** pagos de mensualidades vencidas por el monto de **TRES MILLONES VEINTICUATRO MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS ($3.024.837) MCTE**	
Supervisor	**LEMIR ALFONSO BECERRA GÓMEZ** **SECRETARIO GENERAL**	

DATOS FINANCIEROS
Certificado de disponibilidad presupuestal y Registro Presupuestal

	Tipo	código	Fecha	Rubro	Valor
INICIAL	CDP	001	06/01/2026	2.1.2.02.02.008.03, PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS	$ 1.973.939.465
	RP	039	14/01/2026	2.1.2.02.02.008.03, PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS	$ 15.124.837

GARANTÍAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (SOLICITADAS EN EL CONTRATO)

	Aseguradora	NO. De Póliza	Amparo	V. Asegurado	Vigencia
INICIAL	Seguros del estado S.A. NIT.860.009578-6	47-46-101031005	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	$ 1.512.483,70	14/01/2026 al 15/10/2026
	Aprobación de las Garantías		CO1.WRT.19074678 DEL 14/01/2026		

RELACIÓN DE DOCUMENTOS APORTADOS QUE ACREDITAN PAGOS APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

TIPO DE APORTE	PLANILLA N°	VALOR APORTE	FECHA DE PAGO	MES AL QUE CORRESPONDE EL APORTE
SALUD	**4646033523**	**$125.500**	06/03/2026	ENERO
PENSIÓN	**4646033523**	**$160.600**	06/03/2026	ENERO
ARL	**4646033523**	**$ 5.300**	06/03/2026	ENERO

SALUD	**4647350735**	**$96.300**	13/03/2026	ENERO
PENSIÓN	**4647350735**	**$123.300**	13/03/2026	ENERO
ARL	**4647350735**	**$ 4.100**	13/03/2026	ENERO

El suscrito supervisor en el cumplimiento de las obligaciones del contratista manifiesta que:

Si [x] No [ ] Presento el informe correspondiente al periodo comprendido 14 de ENERO al 13 de FEBRERO de **2026**, relacionado en todas las actividades adelantadas bajo la dirección de la supervisión y verificada su veracidad según el objeto contractual

Si [x] No [ ] Cumple con el objeto del contrato de prestación de servicio profesionales en los términos establecidos

Si [x] No [ ] Cumple con las obligaciones del pago de seguridad social integral

Se da visto bueno para realizar el pago de **TRES MILLONES VEINTICUATRO MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS MCTE ($3.024.837)** de la siguiente manera:

Si [x] No [ ]

N° RP	Rubro	Soporte	Valor
039-2026	2.1.2.02.02.008.03; PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS	C-045-2026	$3.024.837.oo
		Total	$3.024.837.oo

Por concepto de las actividades adelantadas en el Periodo 14 de ENERO a 13 de FEBRERO de 2026, correspondiente al Informe de actividades N° 01, de acuerdo al contrato C-045-2026.

Observaciones:

CERTIFICO que en cumplimiento de mis obligaciones como Supervisor, recibí, revisé y aprobé personalmente los documentos que aportó el contratista y que fueron la base de los datos que suministro en este Informe por medio del cual autorizo realizar el pago del valor antes expresado; así mismo dejo constancia que el contratista realizó los pagos por los valores correspondientes a los impuestos y publicaciones requeridos para la legalización del contrato y que he verificado que el contratista ha cumplido con el pago de los aportes a Seguridad Social y que existe una correcta relación entre las sumas canceladas con las que fueron cotizadas por el contratista, además que el valor cotizado corresponda al porcentaje y sobre la base señalada por las normas vigentes sobre la materia.

Se firma en la ciudad de Valledupar – Cesar a DIECISIETE (17|) días del mes de MARZO del año 2026

LEMIR ALFONSO BECERRA GOMEZ
SECRETARIO GENERAL

ASAMBLEA DEL CESAR	**INFORME DE ACTIVIDADES** **INFORME 01** 045-001-17032026	Versión Doc.: 02 Fecha: 03/02/2026 Páginas: Página **1** de **3**

INFORMACIÓN DEL COBRO

Fecha del informe	Periodo a Cobrar
17 de marzo de 2026	**14 de enero al 13 de febrero de 2026**

INFORMACIÓN DEL CONTRATO						
MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	TIPO DE CONTRATACIÓN		JUSTIFICACIÓN DE LA MODALIDAD			
CONTRATACIÓN DIRECTA	**PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN**		**PRESTACION DE SERVICIOS**			
Número del Proceso	**CD-045-2026**	Número del Contrato	**C-045-2026**	Fecha	**14/01/2026**	
Contratista	**CARMEN PATRICIA CHARRY PRADA**					
CC o NIT	C.C. 1.067.716.473 DE CODAZZI					
Objeto	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL LOGRO DE UNA EFICIENTE LABOR ADMINISTRATIVA DE LA ASAMBLEA**					
Valor Inicial del Contrato	**$ 15.124.837**					
Plazo	**CINCO (05) MESES**					
Valor Mensual	**$ 3.024.837**					
Fecha de Inicio	**14/01/2026**					
Supervisor	Nombre	**LEMIR ALFONSO BECERRA GÓMEZ**				
	Cargo	Secretario General de la Asamblea Departamental del Cesar				

ACTIVIDADES DESARROLLADAS	
OBLIGACIÓN	**ACTIVIDADES REALIZADAS**
1. Apoyar en las actividades asistenciales y administrativas del Presidente de la Asamblea Departamental del Cesar	Realicé acompañamiento al presidente de la corporación, en la asistencia a las sesiones extraordinarias realizadas los días 14 y 19 de enero de 2026, con el fin de estar presente para apoyo en lo que sea requerido.
2. Proyectar y tramitar documentos tales como: proposiciones, resoluciones, solicitudes, informes, pronunciamientos, certificaciones, entre otros, que sean requeridos por el presidente de la Corporación y por Secretaría General.	No fui requerida para esta actividad en este periodo.

3. Apoyar las actividades del ejercicio de control político inherente a las funciones de un diputado dando tramite, soporte y apoyo para el desarrollo de las mismas.	Apoyé al honorable diputado Jesús Suarez en investigación sobre situación actual del sector salud, específicamente hospital rosario Pumarejo de López en cuanto a la rendición de cuentas de 2025, para intervenciones en el recinto realizado el 19 de enero de 2026.
4. Participar en las reuniones con instancias internas y externas que le sean solicitadas con el fin de apoyar las funciones del Presidente de la Corporación.	Realicé apoyo al presidente de la corporación en la asistencia a las sesiones de comisión para conformar los equipos de trabajo de cada comisión de hacienda, educación y comisión de la mujer 07/01/26.
5. Apoyar en el manejo de la agenda y notificación oportuna de los compromisos adquiridos por el presidente de la Corporación.	Apoyé al honorable presidente Miguel Gutierrez en la asistencia y notificación oportuna del proyecto de ordenanza " POR EL CUAL SE CONFIERE AUTORIZACIONES A LA GOBERNADORA DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR PARA CELEBRAR CONTRATOS Y CONVENIOS" para su debido estudio y aprobación.
6. Brindar apoyo en la organización de los documentos allegados a la corporación (recibir, clasificar, distribuir y realizar seguimiento)	Realicé apoyo en la recepción y notificación oportuna de todos los documentos allegados de manera física y vía correo electrónico, asi mismo en la atención de lideres que visitan la corporación.
7. Las demás que sean propias del objeto contractual solicitadas por el supervisor del contrato.	No fui requerida para esta actividad.
8. Publicar a través de la plataforma del SECOP II los impuestos y estampillas de ley que se deben cancelar por el contrato.	Publiqué en la plataforma del Secop II los recibos correspondientes a impuestos pagados y póliza respectiva en la legalización del contrato C-045-2026.
9. Publicar mensualmente a través de la plataforma del SECOP II, los informes de ejecución generados de las actividades ejecutadas, copia de los comprobantes de pago de los aportes al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos laborales, que serán verificados por el Supervisor del contrato.	

OBLIGACIONES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

Certifico, bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de Aportes Obligatorios al Sistema de Seguridad Social En Salud y Pensión, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago.

TIPO DE APORTE	PLANILLA N°	VALOR APORTE	FECHA DE PAGO	MES AL QUE CORRESPONDE EL APORTE

SALUD	**4646033523**	**$125.500**	06/03/2026	ENERO
PENSIÓN	**4646033523**	**$160.600**	06/03/2026	ENERO
ARL	**4646033523**	**$ 5.300**	06/03/2026	ENERO
SALUD	**4647350735**	**$96.300**	13/03/2026	ENERO
PENSIÓN	**4647350735**	**$123.300**	13/03/2026	ENERO
ARL	**4647350735**	**$ 4.100**	13/03/2026	ENERO

Para los efectos legales manifiesto lo siguiente:

- Cumplí con el objeto del contrato de prestación de servicio profesionales en los términos establecidos.
- Cumplí con las obligaciones del pago de seguridad social integral
- Cumplí con las tareas asignadas y atendí sugerencias propuestas por la supervisión.
- Toda la información aquí suministrada es verídica.

Documentos anexos

- Cuenta de Cobro
- Soporte pago de la Seguridad Social
- Certificado Bancario
- Afiliación ARL
- Certificado del Curso

CARMEN PATRICIA CHARRY PRADA
Contratista

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1067716473
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			CARMEN PATRICIA CHARRY PRADA
CIUDAD/MUNICIPIO:	VALLEDUPAR	DEPARTAMENTO:	CESAR
DIRECCIÓN:	C1	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4647350735**	TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES enero AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES enero AÑO 2026
DIAS DE MORA:	24		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/03/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9996106440
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	4646033523	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2026/03/06

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230901	230901-SKANDIA OBLIGATORIO	1	$ 121.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.900	$ 0	$ 121.400	$ 1.900	$ 123.300
SUBTOTALES:										**$ 121.400**	**$ 1.900**	**$ 123.300**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS042	EPS042 - COOSALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 94.800	$ 0	$ 1.500	$ 0	$ 94.800	$ 1.500	$ 0	$ 96.300
SUBTOTALES:													**$ 94.800**	**$ 1.500**	**$ 0**	**$ 96.300**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN		APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0		$ 4.000	$ 4.000	$ 100	$ 0	$ 4.100
SUBTOTALES:										**$ 4.000**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 4.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																											PENSIÓN								SALUD						ARP															
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1067716473	CHARRY PRADA CARMEN PATRICIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905			NO	14						A										230901-SKANDIA OBLIGATORIO	17	$ 992.180	$ 158.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 158.800	EPS042 - COOSALUD	17	$ 992.180	$ 124.100	$ 0	$ 124.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	17	$ 992.180	106771647	$ 5.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1067716473	CHARRY PRADA CARMEN PATRICIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905			NO	01						C										230901-SKANDIA OBLIGATORIO	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS042 - COOSALUD	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	106771647	$ 9.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1067716473	CHARRY PRADA CARMEN PATRICIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905			NO	01						R										230901-SKANDIA OBLIGATORIO	13	$ 758.725	$ 121.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 121.400	EPS042 - COOSALUD	13	$ 758.725	$ 94.800	$ 0	$ 94.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	13	$ 758.725	106771647	$ 4.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 223.700

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1067716473
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL			CARMEN PATRICIA CHARRY PRADA
CIUDAD/MUNICIPIO	VALLEDUPAR	DEPARTAMENTO	CESAR
DIRECCIÓN	C1	TELÉFONO	9999999
TIPO APORTANTE	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA		4646033523	TIPO DE PLANILLA		I-INDEPENDIENTES
PERÍODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero AÑO [illegible]	PERÍODO COTIZACIÓN SALUD	MES enero	AÑO 2026
DÍAS DE MORA		17			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)		2026/03/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN		9996009670

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230901	230901-SKANDIA OBLIGATORIO	1	$ 158.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.800	$ 0	$ 158.800	$ 1.800	$ 160.600
SUBTOTALES										$ 158.800	$ 1.800	$ 160.600

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS042	EPS042 - COOSALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 124.100	$ 0	$ 1.400	$ 0	$ 124.100	$ 1.400	$ 0	$ 125.900
SUBTOTALES													$ 124.100	$ 1.400	$ 0	$ 125.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 5.200	$ 5.200	$ 100	$ 0	$ 5.300
SUBTOTALES									$ 5.200	$ 100	$ 0	$ 5.300

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

N°	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1067716473	CHARRY PRADA CARMEN PATRICIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905			NO	14															

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230901-SKANDIA OBLIGATORIO	17	$ 992.180	$ 158.800	$ 0	[illegible]	[illegible]	$ 0	Normal	$ 158.800

SALUD / ARP

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
EPS042 - COOSALUD	17	$ 992.180	$ 124.100	$ 0	$ 124.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	17	$ 992.180	10677164	$ 5.200

PARAFISCALES

DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MEN TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 291.400

Planilla Pagada

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

CARMEN PATRICIA CHARRY PRADA identificado con CC. 1067716473 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	ASAMBLEA DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR
Tipo y Numero de Documento	NI - 824003142

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/01/22	**Fecha inicio contrato**	2026/01/14
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/06/13
Riesgo	1	**Código actividad económica**	1841201 - ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACION PUBLICA, INCLUYE EL DESEMPENO DE LAS FUNCIONES
Estado afiliación	Activo		
Fecha retiro	2026/06/13	**Estado del contrato**	Vigente

Esta certificación se expide a los 25 días del mes de febrero del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC25022026C2067736473C11058484.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

Carmen Patricia Charry Prada

C.C 1.067.716.473

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 04 de febrero 2026

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 769464055000

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

AGUSTIN
CODAZZI,
CESAR,
COLOMBIA,
A quien interese

04/01/2026

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor CARMEN PATRICIA CHARRY PRADA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1067716473**

Posee en el banco Davivienda:

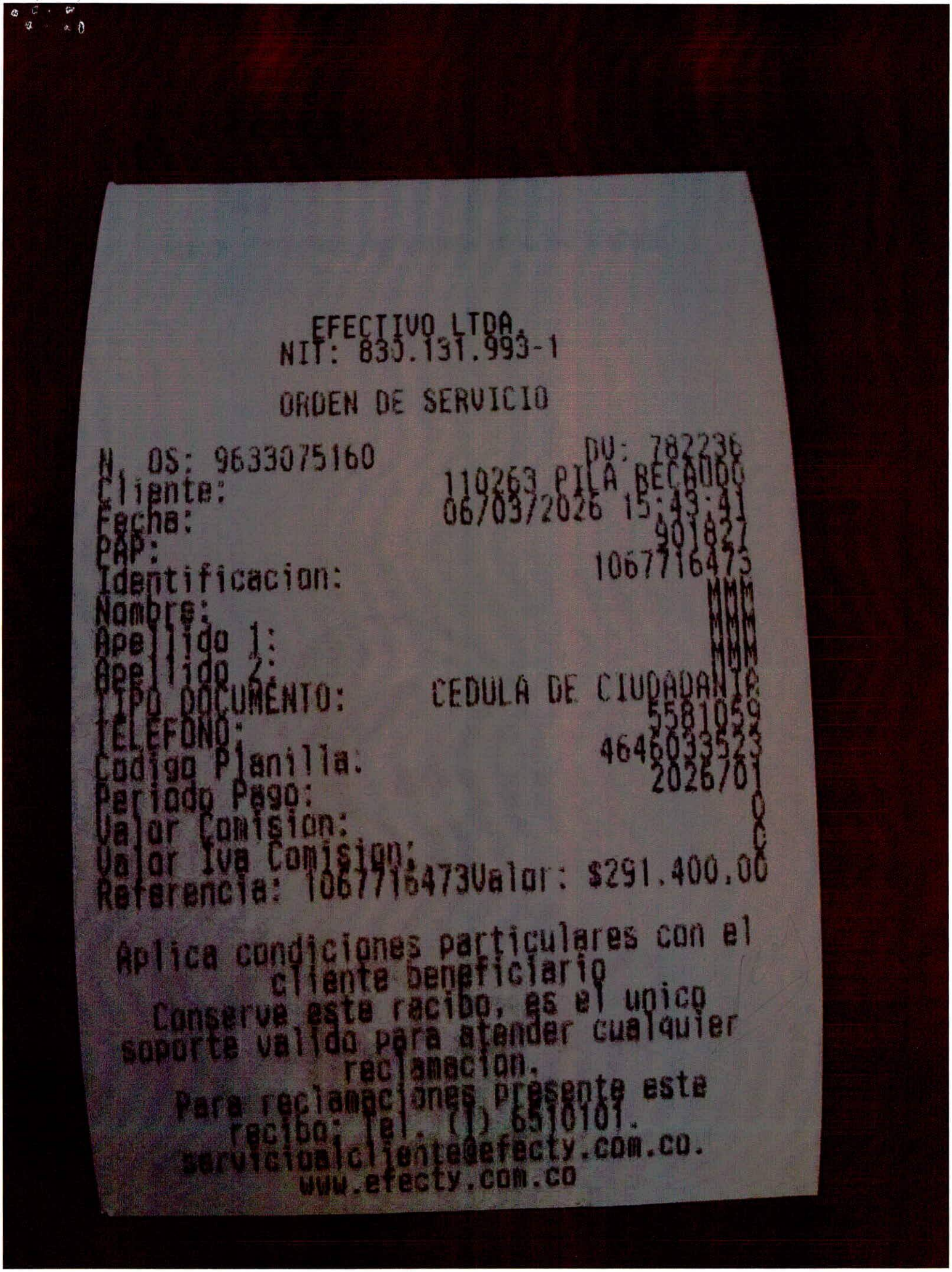
CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550256600119000**
Fecha de apertura	**03/01/2017**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9633075160 DV: 782236
Cliente: 110263 PILA BECA000
Fecha: 06/03/2026 15:43:41
PAP: 901827
Identificacion: 1067716473
Nombres: MMM
Apellido 1: MMM
Apellido 2: MMM
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 5581059
Codigo Planilla: 4646033523
Periodo Pago: 202601
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 1067716473Valor: $291.400,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este racibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este racibo; te. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

Scotiabank COLPATRIA

Comprobante de pago de nómina

ASAMBLEA DEL DEPARTAMENTO DEL | NIT 824.003.142-0

Cuenta origen

Cuenta de Ahorros - ******0128 - COP

Cuenta destino

Cuenta de ahorros - ********9000 - COP

Perfil del beneficiario

CARMEN

Tipo de beneficiario

PERSONA

Titular de la cuenta

CARMEN PATRICIA CHARRY PRADA

Tipo identificación beneficiario

Cédula de ciudadanía

Número identificación beneficiario

1067716473

Banco del beneficiario

DAVIVIENDA

Monto

$3.024.837,00

Moneda

COP

Descripción

PAGO DE CTA 1DE5 C045 2026

Referencia del pago

-

Fecha de aplicación

17/MAR/2026 | 12:00:00 A. M.

Estado de operación

Aceptado

Número de operación

0afadd55-36d4-47a4-b86d-1e624d3c5de6

Dirección IP

181.49.99.237

Número de sistema

122026170343919

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

®Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria Establecimiento Bancario.