

**CUENTA DE COBRO**  
**Nº 2**

Riohacha, **ABRIL** de 2026.

**EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA**  
Nit. 892.115.015-1  
Calle 1 No. 6 - 05 Centro Administrativo Departamental  
Riohacha - La Guajira

**DEBE A:**

**CARMEN ROSA DIAZ TORRES**  
**CC 40.797.566**

La suma de **TRES MILLONES DE PESOS (\$3.000.000) M/CTE.**

Por concepto honorarios correspondientes a la prestación de servicios señalada en el Contrato de Prestación de Servicios No. **CO1.PCCNTR.9258370**, cuyo objeto consiste en: **PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN LA SECRETARIA DE GOBIERNO DEL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA**

|                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| <b>PERIODO<br/>CORRESPONDIENTE</b> | <b>MES DE MARZO</b> |
|------------------------------------|---------------------|

El valor adeudado una vez descontado las deducciones se debe de consignar a la cuenta de **AHORROS No. 0550256800028894 del Banco DAVIVIENDA** de la cual soy titular.

Así mismo manifiesto que para el desarrollo de mis obligaciones contractuales no he contratado, ni vinculados trabajadores asociados a mi actividad, ello de conformidad al párrafo 2 del artículo 383 del estatuto tributario nacional, modificado por el artículo 13 de la Ley 2277 de 2022.

De conformidad con el artículo 23 de la ley 1150 de 2007 y demás normas concordantes, certifico que me encuentro al día con los aportes de seguridad social integral (salud, Pensión y ARL) y no estoy obligado a pagar aportes parafiscales, toda vez que tengo personas a cargo durante los últimos seis (06) meses.

*Carmen Pro Z.*

**CARMEN ROSA DIAZ TORRES**  
**CC 40.797.566**



CONTRATO: CO1.PCCNTR.9258370  
N° C.P.D.: 44 del 05 de enero del 2026  
No. de R.P. 1098 del 30 de enero del 2026

**EL SECRETARIO DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA DEL  
DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA**

**CERTIFICA:**

Que el señor **CARMEN ROSA DIAZ TORRES** identificado con c.c. 40797566 suscribió el contrato No. **CO1.PCCNTR.9258370** del 2026 con el cual tiene por objeto **PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN LA SECRETARIA DE GOBIERNO DEL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA** cumplió a entera satisfacción con las obligaciones asignadas en su contrato, previa presentación y visto bueno de informe de actividades correspondiente al periodo del mes de Marzo del 2026

La presente certificación se expide en el mes de Abril del 2026.

Atentamente,



**MISAEAL VELÁSQUEZ GRANABILLO**  
SECRETARIO DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA  
SUPERVISOR

## INFORME DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES DESARROLLADAS CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL MES DE MARZO DEL 2026 DE CONTRATO CO1.PCCNTR.9258370

DOCTOR

MISAEAL VELASQUEZ

SECRETARIO DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Gobernación de La Guajira

Reciba un cordial saludo:

Por medio del presente le hago entrega del informe pormenorizado de cada una de las gestiones realizadas en mi condición bajo el contrato de "PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN LA SECRETARIA DE GOBIERNO DEL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA":

1. Brindar apoyo técnico en la gestión del Plan Anual de Adquisiciones (PAA), seguimiento contractual y administración de procesos de contratación de la Secretaría.

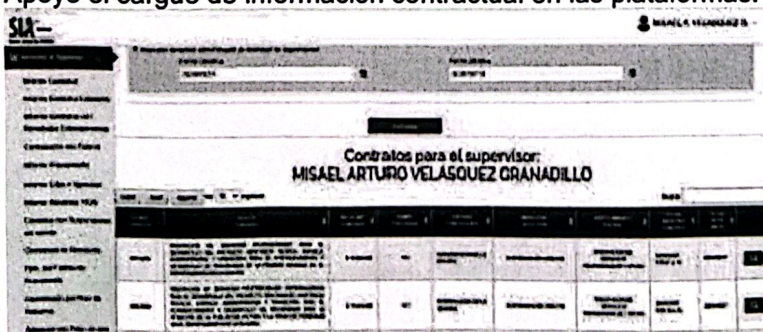
- Apoyé el seguimiento contractual y cumplimiento del pñan de adquisiciones 2026 correspondiente a la secretaría de gobierno.



The screenshot shows a spreadsheet with multiple columns containing text and numbers, likely representing a list of acquisitions or contracts. The text is too small to read clearly, but it appears to be a detailed record of procurement activities.

2. Apoyar la gestión, carga y actualización de información en plataformas oficiales relacionada con contratación, presupuesto y proyectos.

- Apoyé el cargue de información contractual en las plataformas.



The screenshot shows a web application interface for contract management. It includes a sidebar with navigation options, a header with user information, and a main area displaying a table of contracts. The table has columns for contract details, status, and actions. The title of the page is "Contratos para el supervisor: MISAEAL ARTURO VELASQUEZ GRANADILLO".

3. Realizar seguimiento técnico a contratos, convenios y proyectos de inversión, elaborando reportes de ejecución, cuadros de seguimiento y alertas tempranas. (No requerido en este período)

4. Apoyar la elaboración de documentos técnicos, estudios del sector, análisis de mercado y soportes requeridos en procesos de contratación.

- Apoyé la elaboración de documentación y soportes requeridos para los procesos de contratación de la secretaría de gobierno.

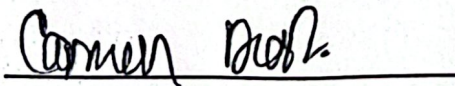
5. Brindé apoyo en la organización, archivo, digitalización y gestión documental de expedientes contractuales y de proyectos conforme a normatividad archivística.

6. Las demás funciones técnicas que le sean asignadas por el supervisor del contrato en materia de planeación, contratación y gestión financiera de la Secretaría.

- Apoyé en los distintos requerimientos de las áreas de planeación, contratación y financiera.

7. Las demás actividades que se me asignaron afines con la naturaleza del objeto del contrato encaminados al fortalecimiento de Capacidades Institucionales del Departamento de la Guajira y que puedan consolidar a la secretaria de gobierno y Participación Comunitaria como ente fundamental y motor principal en el fortalecimiento del sector social y seguridad de La Guajira.

8. Presenté informe mensual al supervisor de contrato.



**CARMEN ROSA DIAZ TORRES**

**CC 40797566**

Contratista

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                              | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:<br>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:<br>CIUDAD/MUNICIPIO:<br>DIRECCIÓN:<br>TIPO APORTANTE:<br>TIPO EMPRESA:<br>FORMA DE PRESENTACIÓN:<br>APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEHA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | CÉDULA DE CIUDADANÍA<br>NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:<br>VILLANUEVA<br>CL 7 7 89 EL CAFETAL VILLANUEVA<br>62-INDEPENDIENTE<br>PRIVADA<br>(ÚNICO) | 40797566<br>CARMEN ROSA DIAZ TORRES<br>GUAYARA<br>7773809<br>1-INDEPENDIENTE<br>Actividades reguladoras y facilitadoras de la act | NÚMERO PLANILLA:<br>PERÍODO COTIZACIÓN OTROS<br>DÍAS DE MORA:<br>FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):<br>6007881479<br>2026<br>0<br>2026/03/24<br>MES marzo AÑO<br>TIPO DE PLANILLA:<br>PERÍODO COTIZACIÓN SALUD:<br>NÚMERO AUTORIZACIÓN:<br>1-INDEPENDIENTES<br>2026<br>123456789 |

| TOTAL APORTES A SALUD |                   |                   |                               |       |                        |       |               |       |             |                |            |                |            |      |           |              |
|-----------------------|-------------------|-------------------|-------------------------------|-------|------------------------|-------|---------------|-------|-------------|----------------|------------|----------------|------------|------|-----------|--------------|
| ADMINISTRADORA        |                   | No.<br>COTIZANTES | INCAPACIDAD POR<br>ENFERMEDAD |       | LICENCIA MATERNIDAD    |       | SALDO A FAVOR |       | LIQUIDACIÓN |                | MORA       |                | TOTALES    |      |           |              |
| CÓDIGO                | NOMBRE            |                   | NÚMERO<br>AUTORIZACIÓN        | VALOR | NÚMERO<br>AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA      | VALOR | COTIZACIÓN  | VALOR<br>ADRES | COTIZACIÓN | VALOR<br>ADRES | APORTES    | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS037                | EPS037- NUEVA EPS | 1                 |                               | \$ 0  |                        | \$ 0  |               | \$ 0  | \$ 218.900  | \$ 0           | \$ 0       | \$ 0           | \$ 218.900 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 218.900   |
| SUBTOTALES:           |                   |                   |                               |       |                        |       |               |       |             |                |            |                | \$ 218.900 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 218.900   |

| TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES |                                        |                |                                       |                               |                                 |                         |                 |             |             |
|---------------------------------------|----------------------------------------|----------------|---------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------|-----------------|-------------|-------------|
| CÓDIGO                                | ADMINISTRADORA<br>NOMBRE               | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD RP<br>NÚMERO AUTORIZACIÓN | PAGO A OTROS RIESGOS<br>VALOR | SALDO A FAVOR<br>PLANILLA VALOR | LICUACIÓN<br>COTIZACIÓN | TOTALES         |             |             |
|                                       |                                        |                |                                       |                               |                                 |                         | APORTES         | MORA        | DESCUENTO   |
| 4-23                                  | 4-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1              |                                       | \$ 0                          | \$ 0                            | \$ 9.200                | \$ 9.200        | \$ 0        | \$ 0        |
| <b>SUB TOTAL RR:</b>                  |                                        |                |                                       |                               |                                 |                         | <b>\$ 9.200</b> | <b>\$ 0</b> | <b>\$ 0</b> |
|                                       |                                        |                |                                       |                               |                                 |                         | <b>\$ 9.200</b> | <b>\$ 0</b> | <b>\$ 0</b> |

[illegible]

|                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| <b>TOTAL PAGADO:</b> | <b>\$ 228.100</b> |
|----------------------|-------------------|