ASAMBLEA DEL CESAR	**INFORME DE SUPERVISION** **INFORME 01** 037 001 16022026	Versión Doc.: 02 Fecha: 03/02/2026 Páginas: Página **1** de **3**

DATOS GENERALES

Número del Proceso	**CD-037-2026**	Número del Contrato	**C-037-2026**	Cuenta	**01 de 5**

Modalidad de Contratación	Tipo de Contratación	Justificación de la modalidad
CONTRATACION DIRECTA	**SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION**	**PRESTACION DE SERVICIOS**
Contratista	**MABEL LUZ CERRO OCHOA**	
CC o NIT	**49.762.361 DE VALLEDUPAR**	
Contratante	**ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR**	
Representante Legal	**MIGUEL ANGEL GUTIERREZ RAMIREZ**	
Fecha de Suscripción	**13/01/2026**	
Objeto del Contrato	**"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL LOGRO DE UNA EFICIENTE LABOR ADMINISTRATIVADE LA ASAMBLEA."**	
Plazo Inicial del contrato	**CINCO (5) MESES**	
Fecha de Inicio	**13/01/2026**	
Fecha Terminación	**12/06/2026**	
Valor Inicial del Contrato	**$15.000.000.00**	
Valor Mensual	**$3.000.000.oo**	
Forma de Pago	**CINCO (5)** pagos de mensualidades vencidas por el monto de **TRES MILLONES DE PESOS ($3.000.000.oo)**	
Supervisor	**LEMIR ALFONSO BECERRA GOMEZ – SECRETARIO GENERAL ASAMBLEA DEPARTAMENTAL.**	

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. Prestación de Servicios Profesionales y técnicos	$ 1.973.939.465
	RP	032	13/01/2026	2..2.02.02.008. Prestación de Servicios de apoyo a la gestión.	$ 15.000.000

GARANTÍAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (SOLICITADAS EN EL CONTRATO)

	Aseguradora	NO. De Póliza	Amparo	V. Asegurado	Vigencia
INICIAL	SEGUROS DEL ESTADO 860009578-6	47-46-101030835	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	$1,500.000.oo	13/01/2026 A 15/10/2026
	Aprobación de las Garantías		NO. CO1.WRT.18890189 de 13/01/2026		

OBLIGACIONES DEL SISTEMA DE SEGURIAD SOCIAL **ACIÓN DE DOCUMENTOS APORTADOS QUE ACREDITAN PAGOS APORTES A LOS TEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES**				
TIPO DE APORTE	PLANILLA N°	VALOR APORTE	FECHA DE PAGO	MES AL QUE CORRESPONDE EL APORTE
SALUD	4642882259	**$ 131.400**	**13/02/2026**	ENERO
ARL	4642882259	**$ 5.500**	**13/02/2026**	ENERO

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

Si [x] No [ ] Presento el informe correspondiente al periodo comprendido 13 de enero al 12 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 de apoyo a la gestión 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 DE PESOS ($ 3.000.000.oo)MCTE** de la siguiente manera:

Si [x] No [ ]

N° RP	Rubro	Soporte	Valor
032-13-01-2026	2.1.2.02.02.008 Prestación de Servicios de apoyo a la gestión.	C-037-2026	$ 3.000.000
		Total	$ 3.000.000

Por concepto de las actividades adelantadas en el 13 de enero al 12 de febrero de 2026 correspondiente al Informe de actividades N° 001, de acuerdo al contrato C-037-2026.

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 a los dieciséis (16) días del mes de febrero de 2026

LEMIR ALFONSO BECERRA GOMEZ
SECRETARIO GENERAL DEPARTAMENTAL DEL CESAR

ASAMBLEA DEL CESAR	**INFORME DE ACTIVIDADES** **INFORME 01** 037 001 16022026	Versión Doc.: 02 Fecha: 03/02/2026 Páginas: Página **1** de **4**

INFORMACIÓN DEL COBRO

Fecha del informe
16 de febrero de 2026

Periodo a Cobrar
13 de enero a 12 de febrero de 2026

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	TIPO DE CONTRATACIÓN	JUSTIFICACIÓN DE LA MODALIDAD
CONTRATACION DIRECTA	**SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION**	**PRESTACION DE SERVICIOS**

Número del Proceso	**CD-037-2026**	Número del Contrato	**C-037-2026**	Fecha	**13/01/2026**
Contratista	**MABEL LUZ CERRO OCHOA**				
CC o NIT	**49.762.361 DE VALLEDUPAR**				
Objeto	**"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL LOGRO DE UNA EFICIENTE LABOR ADMINISTRATIVADE LA ASAMBLEA."**				
Valor Inicial del Contrato	**$ QUINCE MILLONES DE PESOS (15.000.000)**				
Plazo	**CINCO (5) MESES**				
Valor Mensual	**$ 3.000.000.oo**				
Fecha de Inicio	**13/01/2026**				
Supervisor	Nombre	**LEMIR ALFONSO BECERRA GOMEZ**			
	Cargo	Secretario General Asamblea Departamental del Cesar			

ACTIVIDADES DESARROLLADAS

N	Obligación	Actividades Realizadas
1	Apoyar el las actividades asistenciales y administrativas del presidente de la Asamblea Departamental del Cesar.	• Durante este periodo contractual no fui citada por el equipo de presidencia para la realización de actividades asistenciales y administrativas propias del presidente de la asamblea departamental..
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 secretaria.	• Durante esta fecha establecida para la ejecución de las obligaciones aquí mencionadas, no tuve asignación alguna por parte del presidente, ni del secretario de esta corporación en cuanto a la proyección y realización de estos trámites específicos.

ASAMBLEA DEL CESAR	**INFORME DE ACTIVIDADES** **INFORME 01** 037 001 16 02 2016	Versión Doc.: 02 Fecha: 03/02/2026 Páginas: Página **1** de **4**

INFORMACIÓN DEL COBRO

Fecha del informe	Periodo a Cobrar
16 de febrero de 2026	**13 de enero a 12 de febrero de 2026**

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	TIPO DE CONTRATACIÓN		JUSTIFICACIÓN DE LA MODALIDAD		
CONTRATACION DIRECTA	**PRESTACION DE SERVICIOS**		**SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION**		
Número del Proceso	**CD-037-2026**	Número del Contrato	**C-037-2026**	Fecha	**13/01/2026**
Contratista	**MABEL LUZ CERRO OCHOA**				
CC o NIT	**49.762.361 DE VALLEDUPAR**				
Objeto	**"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL LOGRO DE UNA EFICIENTE LABOR ADMINISTRATIVADE LA ASAMBLEA."**				
Valor Inicial del Contrato	**$ QUINCE MILLONES DE PESOS (15.000.000)**				
Plazo	**CINCO (5) MESES**				
Valor Mensual	**$ 3.000.000.oo**				
Fecha de Inicio	**13/01/2026**				
Supervisor	Nombre	**LEMIR ALFONSO BECERRA GOMEZ**			
	Cargo	Secretario General Asamblea Departamental del Cesar			

ACTIVIDADES DESARROLLADAS

N	Obligación	Actividades Realizadas
1	Apoyar el las actividades asistenciales y administrativas del presidente de la Asamblea Departamental del Cesar.	• Durante este periodo contractual no fui citada por el equipo de presidencia para la realización de actividades asistenciales y administrativas propias del presidente de la asamblea departamental..
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 secretaria.	• Durante esta fecha establecida para la ejecución de las obligaciones aquí mencionadas, no tuve asignación alguna por parte del presidente, ni del secretario de esta corporación en cuanto a la proyección y realización de estos trámites específicos.

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.	• Bajo la directriz del presidente de la asamblea departamental brinde apoyo al honorable diputado CARLOS ALBERTO DAZA LOBO durante su asistencia y participación a las sesiones extraordinarias realizadas en este periodo de contratación y convocadas por la gobernadora del departamento del cesar mediante el decreto 000273 del 9 de diciembre de 2025 donde solicito facultades para la celebración de contratos y convenios vigencia 2026, proporcionándole al honorable diputados los insumos que me solicito para su participación en los debates.
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.	• Acudí cada vez que fui citada por el equipo administrativo del presidente de la corporación a las oficinas de secretearía general para recibir las instrucciones sobre las nuevas metodologías contractuales, recepción de cuentas y demás guías para un mayor funcionamiento de los procesos corporativos.
5	Apoyar el manejo de la agenda y notificación oportuna de los compromisos adquiridos por el presidente de la corporación	• En la ejecución de este periodo de contratación estuve atenta a cada fecha estipulada por el presidente de la corporación para la realización de las sesiones y bajo su asignación notifiqué en cada una de ellas de manera oportuna al honorable diputado CARLOS ALBERTO DAZA LOBO.
6	Brindar apoyo en la organización de los documentos allegados a la corporación (recibir, clasificar, distribuir y realizar seguimiento).	• En el transcurso de esta estación contractual por asignación del supervisor del contrato recibí, clasifique, distribuí y realice seguimiento a la documentación allegada a la oficina del honorable diputado CARLOS ALBERTO DAZA LOBO.
7	Las demás que sean propias del objeto contractual solicitadas por el supervisor del contrato.	• Estuve atenta y a disposición en las sesiones extraordinarias que correspondieron a este tiempo contractual, apoyando al presidente y al secretario de esta corporación. • Durante el progreso de las sesiones extraordinarias realizadas en las fechas correspondiente a mi periodo contractual, por

		asignación del supervisor del contrato apoye al honorable diputado CARLOS ALBERTO DAZA LOBO en todo lo que requirió para su participación en las plenarias y en la comisión de PDD en la que ejerce como presidente.
8	Publicar atreves de la plataforma del Secop II los impuestos y estampillas de ley que se deben cancelar por el contrato.	• Publiqué a través de la plataforma del SECOP II los impuestos y estampillas de ley del contrato CD -037-2026 para su respectiva legalización.
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	AUN NO APLICA

OBLIGACIONES DEL SISTEMA DE SEGURIAD SOCIAL
Certifico, bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de Aportes Obligatorios al Sistema de Seguridad Social En Salud, 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	**4642882259**	**$ 131.400**	**13/02/2026**	**ENERO**
ARL	**4642882259**	**$ 5.500**	**13/02/2026**	**ENERO**

Para los efectos legales manifiesto lo siguiente:

- Cumplí con el objeto del contrato de prestación de servicio apoyo a la gestión en los términos establecidos.

- Cumplí con las obligaciones del pago de seguridad social integral
- Cumplí con las Tareas y atendí sugerencias propuestas por la supervisión
- Toda la información aquí suministrada es verídica.

Documentos anexos

- Cuenta de Cobro
- Seguridad Social (Planillas pagadas)
- Resolución de pensión
- Certificación afiliación ARL
- Informe de supervisión
- Informe de Actividades
- Certificación bancaria
- Certificación Curso Integridad

Mabel Luz Cerro O.

MABEL LUZ CERRO OCHOA
Contratista

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

mabel luz cerro ochoa

C.C 49.762.361

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: 769463801000

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

ÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	49762361
SOCIAL:			MABEL LUZ CERRO OCHOA
	VALLEDUPAR	DEPARTAMENTO:	CESAR
	CLL	TELÉFONO:	5888888
	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
TACIÓN:	ÚNICO		
RADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4642882259	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	enero	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/02/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9995720081

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
MIN002-ADRES-REGIMEN EXCEPCION	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 131.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 131.400	$ 0	$ 0	$ 131.400
												$ 131.400	**$ 0**	**$ 0**	**$ 131.400**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 5.500	$ 5.500	$ 0	$ 0	$ 5.500
								$ 5.500	**$ 0**	**$ 0**	**$ 5.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																				SEGURIDAD SOCIAL																												PARAFISCALES										
																												PENSIÓN									SALUD						ARP							CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
RES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	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
LUZ	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	NO OBLIG COT PENSIÓN	$ 1.750.905				NO	13																		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	MIN002-ADRES-REGIMEN EXCEPCION	18	$ 1.050.543	$ 131.400	$ 0	$ 131.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	18	$ 1.050.543	49762361	$ 5.500	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 136.900

Planilla Pagada
aportes en línea SOI
Planilla Pagada

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Departamento del Cesar

ESTA FOTOCOPIA ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA OFICINA
Coordinadora Área Administrativa y Financiera

FECHA 18 SEP 2013

RESOLUCION No. 0042 14

Por la cual se reconoce una pensión de invalidez Ley100 de 1993

El Secretario de Educación del Departamento del Cesar, en nombre y representación de la Nación-Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio en ejercicio de sus facultades legales y en especial las que le confiere el artículo 56 de la ley 962 del 08 de julio del 2005, decreto 2831/05 y

k. En virtud de lo expuesto

RESUELVE

Artículo primero: Reconocer una pensión de invalidez la señora MABEL LUZ CERRO OCHOA, identificada con cédula de ciudadanía número 49.762.361 expedida en Valledupar Cesar, por el valor mensual de seiscientos noventa y cinco mil doscientos sesenta y dos pesos $695.262.oo a partir del 21 agosto del 2013

Artículo segundo: El fondo nacional de prestaciones sociales del magisterio pagará al interesado las sumas a las que se refieren los artículos anteriores, a través de la Entidad Fiduciaria, previas las deducciones ordenadas por la ley.

Parágrafo 1: Cuando el cobro lo realice por intermedio de tercera persona, deberá comprobar su supervivencia.

Articulo tercero: El beneficiario deberá someterse cada un (1) año a la evaluación médica en la entidad que preste el servicio médico-asistencial, para establecer el aumento o disminución de la pérdida de la capacidad laboral. En el evento en que el control médico no se realice, se dificulte o se haga imposible por oposición del pensionado sin razones válidas, se suspenderá el pago de la pensión de invalidez mientras dure la mora en someterse a dicho control médico.

Artículo cuarto: El Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio descontará del valor de cada mesada pensional para efectos de la prestación del servicio médico asistencial en beneficio del jubilado, el 12% en virtud de la ley 1250 de 2008.

Artículo quinto: Contra la presente resolución proceden recursos de ley dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación personal, ó a la desfijación por edicto, si se notifica a través de este último medio

Artículo sexto: La presente resolución, rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNÍQUESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Valledupar, 18 SEP 2013

JUAN CARLOS CALDERON ARAUJO
Secretaria de Educación Departamental

Elaboró Luis Mejía Quintero, Profesional Universitario de Recursos Humanos SED
Aprobó: María Fernanda Mosquera Machado Profesional Universitario de Recursos Humanos SED
Revisó: Wladimir Senegoyd Pino Sanjur Profesional Universitario de Jurídica. S.E.D.
Nombre carpeta archivo: Hoja de vida del educador.

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

MABEL LUZ CERRO OCHOA identificado con CC. 49762361 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	2026/01/14	**Fecha inicio contrato**	2026/01/13
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/06/15
Riesgo	2	**Código actividad económica**	2821901 - Fotocopiado, preparacion de documentos y otras actividades, servicios de apoyo de secretaria, incluye la
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2026/06/15	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 9 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: **CC09022026M49762361O7540745.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR NIT. 824.003.142-0

Comprobante contable EGRESOS

Fecha: 20260220 Número: 0000260037
Tercero: 49762361 CERRO OCHOA MABEL LUZ
Concepto: PAGO DE CTA 1DE6 C037 2026
Referencia: Página: 1/1
Observaciones:

Cuenta	Tercero	Centro costo	Concepto	Nombre tercero	Referencia	Base	Por.%	Débito	Crédito
510106	824003142	ADMI-ADMI	PAGO DE CTA 1DE6 C037 2026	ASAMBLEA DEPAR		.00		3,000,000.00	.00
11200501	824003142	ADMI-ADMI	PAGO DE CTA 1DE6 C037 2026	ASAMBLEA DEPAR		.00		.00	3,000,000.00

TOTALES: **3,000,000.00** **3,000,000.00**

Elaboró:_____ Revisó:_____

SYSPlus - contabilidad
Impreso por:Cont. EIDER JAVIER NUNEZ PEREZ T.P.

Scotiabank COLPATRIA

Comprobante de pago de nómina

ASAMBLEA DEL DEPARTAMENTO DEL | NIT 824 003 142-4

Cuenta origen

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

Cuenta destino

Cuenta de ahorros - ******6904 - COP

Perfil del beneficiario

mabel

Tipo de beneficiario

PERSONA

Titular de la cuenta

MABEL CERRO OCHOA

Tipo identificación beneficiario

Cédula de ciudadanía

Número identificación beneficiario

49762361

Banco del beneficiario

BBVA COLOMBIA

Monto

$3.000.000,00

Moneda

COP

Descripción

PAGO CTA 0372026 MABEL CERRO 1DE6

Referencia del pago

-

Fecha de aplicación

20/FEB/2026 | 12:00:00 A. M.

Estado de operación

Aceptado

Número de operación

63a3c359-aa00-41dc-b48c-c91a5985bd53

Dirección IP

181.49.99.237

Número de sistema

122026200210008

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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



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

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

DEBE A:

NOMBRE: **MABEL LUZ CERRO OCHOA**

IDENTIFICACIÓN: CC [X] NIT [ ] NUMERO **49762361** DV [ ] DE **VALLEDUPAR**

LA SUMA DE:

(LETRAS) **TRES MILLONES DE PESOS**

(NUMEROS) $ **$ 3.000.000**

POR CONCEPTO DE:

CONTRATO No. **C-037-2026** DESEMBOLSO No. **1** DE **5**

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

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: **13/01/2026** y **12/02/2026**

FECHA: 16/02/2026

DIRECCIÓN: **MZ 7 CASA 11 URBANIZACION LOS COCOS**

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 **3113181641**

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 [X] NO [ ]

(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	SI

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 $.2.500.000

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO				NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
	CC	RC	TI	CE		
JOSE SEBATIAN VENECIA CERRO	x				1003379110	HIJO

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.

Mabel Luz Cerro O.
FIRMA

ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR
FECHA: 16-02-2026
HORA: 11:00 am
RECIBIDO:

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

* Ver instrucciones para el diligenciamiento al respaldo de este documento

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO

Señor beneficiario diligencie el presente formato, junto con las respectivas firmas. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR . realiza la evaluación de la información aquí registrada y devolverá la centa de cobro en caso de encontrar diferencias, las cuales serán comunicadas al interesado.
En ningún caso será procesado el pago sin la recepción a satisfacción de este documento por parte de ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR

a.	**Nombre:** se debe consignar los nombres y apellidos completos tal como aparecen en su documento de identificación.
b.	**Identificacion:** marque NIT para número de identificación tributaria, CC para cedula de ciudadanía.
c.	**Letras:** Diligenciar con claridad el valor, correspondiente a la sumatoria del valor fijo y variable (si aplica)
d.	**Números:** Diligenciar el valor total a cobrar de acuerdo a lo establecido en el contrato firmado con Asamblea Departamental del Cesar. (sumatoria del valor fijo y variable - si aplica)
e.	**Contrato:** Escriba el número del contrato que suscribió con ASAMBLEA DPTAL DEL CESAR el cual aparece en el Secop II o en la minuta del contrato
f.	**Objeto:** Diligenciar el objeto registrato en el memorando de solicitud de contratacion, el cual aparece en el Secop II o en la minuta del contrato
g.	**Periodo Comprendido Entre:** Se diligencia el periodo a cobrar del mes (DD/MM/AAAA), de acuerdo a la forma de pago establecida contractualmente
h.	**Fecha:** Diligenciar la fecha del dia que se radica la cuenta de cobro
i.	**Dirección:** residencia del contratista
j.	**Ciudad:** municipio y/o ciudad donde se presta el servicio
k.	**CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA CIIU- DE ESTE COBRO:** Inicar el codigo CIIU de la actividad economica
l.	**Telefono:** fijo o numero de celular
m.	**Soy declarante de renta:** Indicar si declara impuesto de renta y complementarios.
n.	**Costos o deducciones:** Indicar la decisión de tomar los costos o deducciones asociados a los ingresos.
ñ	**Beneficios tributarios:** Indicar con una x a que beneficios tributarios desea acceder.

AVISO DE PRIVACIDAD PARA RECOLECCIÓN DE DATOS PERSONALES

ASAMBLEA DPTAL DEL CESAR., con domicilio en la ciudad de Valledupar., informa que es el Responsable del Tratamiento de los datos personales suministrados por Usted, los cuales serán incorporados a nuestras bases de datos y archivos automatizados y/o manuales, para ser tratados en cumplimiento de las finalidades debidamente consentidas por Usted y descritas en nuestra política de tratamiento de información personal, la cual podrá consultar en nuestra página web www.https://asambleacesar.gov.co/c/

Le recordamos que Usted no se encuentra obligado a dar respuesta a las preguntas que se le formulen sobre datos personales de carácter sensible o a autorizar su tratamiento, de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.2.25.3.2 del Decreto 1074 de 2015. Por tal motivo, Asamblea Dptal del Cesar,. sólo realizará el tratamiento de los datos personales que usted autorice.