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

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

DEBE A:

NOMBRE:	**WILBER ALARCON GUERRA**
IDENTIFICACIÓN:	CC [X] NIT [ ] NUMERO **18.937.630** DV **8** DE **AGUSTIN CODAZZI**

LA SUMA DE:

(LETRAS)	**UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS**
(NUMEROS) $	**$1.750. 000.oo ML**

POR CONCEPTO DE:

CONTRATO No.	**C-015-2026**	DESEMBOLSO No.	**2**	DE **5**
OBJETO:	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LA ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR**			
PERIODO COMPRENDIDO ENTRE:	**13/02/2026**	y	**12/03/2026**	
FECHA:	**24/03/2026**			
DIRECCIÓN:	**CALLE 20 22 16 LA PISTA**			
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):	**7499**			
TELÉFONO	**3116138772**			

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	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 $1.700.000

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.

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: 24/3/26
HORA: 4:40 pm
RECIBIDO:

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 cenia 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 identificacion.
b.	**Identificacion:** marque NIT para numero de identificación tributaria, CC para cedula de ciudadania.
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 numero 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 cuenia 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.

ASAMBLEA DEL CESAR	**INFORME DE ACTIVIDADES** **INFORME 02** 015-002-24032026	Versión Doc.: 02 Fecha: 03/02/2026 Páginas: Página **1** de **2**

INFORMACIÓN DEL COBRO

Fecha del informe
24 de marzo de 2026

Periodo a Cobrar
13 de febrero al 12 de marzo de 2026

INFORMACIÓN DEL CONTRATO					
MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	TIPO DE CONTRATACIÓN		JUSTIFICACIÓN DE LA MODALIDAD		
CONTRATACION DIRECTA	**PRESTACION DE SERVICIOS**		**PRESTACION DE SERVICIO**		
Número del Proceso	**CD-015-2026**	Número del Contrato	**C-015-2026**	Fecha	**9/01/2026**
Contratista	**WILBER ALARCON GUERRA**				
CC o NIT	**18.937.630**				
Objeto	**PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA DE LA ASAMBLEA DEL CESAR.**				
Valor Inicial del Contrato	**$ 8.750.000. OCHO MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS.**				
Plazo	CINCO (5) MESES				
Valor Mensual	**$ 1.750.000 UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS**				
Fecha de Inicio	**13/01/2026**				
Supervisor	Nombre	**LEMIR ALFONSO BECERRA GOMEZ**			
	Cargo	Secretario General Asamblea Departamental del Cesar			

ACTIVIDADES DESARROLLADAS	
OBLIGACION	**ACTIVIDADES REALIZADAS**
1. Brindar apoyo en las actividades de mensajería que requiera la Corporación. (envíos de documentos).	• Entregué de sobre sellado en la secretaria de política social fecha 14 de febrero. • Entrega de sobre sellado en las oficinas del hospital Rosario Pumarejo de López fecha 18 de febrero.
2. Apoyar con la distribución de la correspondencia en las diferentes oficinas de los diputados.	• Apoye a la corporación en la entrega y distribución de correspondencia dirigidas a cada uno de los diputados.
3. Apoyar en las diligencias administrativas que requiera la Corporación.	• Apoye la radicación de documentos en entidades externas. • Gestionar fotocopias Y certificaciones necesarias.
4. Apoyar en las actividades complementarias de archivo de acuerdo a los requerimientos del supervisor	• Apoyé en la búsqueda de documentación solicitada por parte del secretario general de la asamblea : actas, ordenanzas y certificaciones.
5. Las demás que sean propias del objeto contractual y las fijadas por la ley, los estatutos, reglamentos y supervisor.	• Hice acompañamiento por requerimiento de la secretaria general, apoyando durante las sesiones de los días 17, 18, 19, 23,24,25,26,27,28 de febrero y participe en la instalación de las sesiones ordinarias el día 1 de marzo, para cualquier solicitud que necesitaran los diputados.

6. Publicar a través de la plataforma del SECOP II los impuestos y estampillas de ley que se deben cancelar por el contrato.	Publicar a través de la plataforma del SECOP II los impuestos y estampillas de ley que se deben cancelar por el contrato. C-015 – 2026.
7. 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.	Publique en 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, de la cuenta 001 del contrato c -015 de 2026

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 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	**9500126062**	**$ 219.100**	2026/03/10	**Febrero**
PENSIÓN	**No aplica**	**No aplica**	**No aplica**	**No aplica**
ARL	9500126062	**$ 9.300**	2026/03/10	**Febrero**

Para los efectos legales manifiesto lo siguiente:

- Cumplí con el objeto del contrato de prestación de servicio de 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)
- Informe de supervisión
- Certificación bancaria

Wilber Alarcon Guerra
Contratista.

ASAMBLEA DEL CESAR	**INFORME DE SUPERVISION** **INFORME 02** 015-002-24032026	Versión Doc.: 02 Fecha: 03/02/2026 Páginas: Página **1** de **2**

DATOS GENERALES

Número del Proceso	**CD-015-2026**	Número del Contrato	**C-015-2026**	Cuenta	**02 de 05**

Modalidad de Contratación	Tipo de Contratación	Justificación de la modalidad
CONTRATACION DIRECTA	**PRESTACION DE SERVICIO.**	**PRESTACION DE SERVICIO**
Contratista	**WILBER ALARCON GUERRA**	
CC o NIT	**18.937.630**	
Contratante	**ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR**	
Representante Legal	**MIGUEL ANGEL GUTIERREZ RAMIREZ**	
Fecha de Suscripción	**09/01/2026**	
Objeto del Contrato	**PRESTACION DE SERVICIO COMO AUXILIAR DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA DE LA ASAMBLEA DEL CESAR.**	
Plazo Inicial del contrato	**CINCO (05) MESES**	
Fecha de Inicio	**13/01/2026**	
Fecha Terminación	**12/06/2026**	
Valor Inicial del Contrato	**$ 8.750.000 OCHO MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS.**	
Valor Mensual	**$ 1.750.000 UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS.**	
Forma de Pago	**CINCO (05) PAGOS DE MESNUALIDADES VENCIDAS POR MONTO DE UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($ 1.750.000)**	
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, PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y TECNICOS	**$1.973.939.465**
	RP	026	13/01/2026	2.1.2.02.02.008, PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y TECNICOS	**$ 8.750.000**

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	47-46101030842	*CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO*	*$ 875.000*	*DESDE: 09/01/2026 HASTA: 10/10/27*
	Aprobación de las Garantías		*CO1. WRT 18932653 DEL 13 DE ENERO DE 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	**9500126062**	**219.100**	**2026/03/10**	**Febrero**
PENSIÓN	**No aplica**	**No aplica**	**No aplica**	**No aplica**
ARL	**9500126062**	**9.300**	**2026/03/10**	**febrero**

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

Si [ ] No [ ] Presento el informe correspondiente al periodo comprendido del 13 de febrero de 2026 al 12 de marzo de 2026, relacionado en todas las actividades adelantadas bajo la dirección de la supervisión y verificada su veracidad según el objeto contractual

Si [ ] No [ ] Cumple con el objeto del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión en los términos establecidos

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

Si [ ] No [ ] Se da visto bueno para realizar el pago de $1.750.000 UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS. **M.L.** cada una de la siguiente manera:

N° RP	Rubro	Soporte	Valor
026-2026	2.1.2.02.02.008, PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y TECNICOS	C-015-2026	$1.750.000
		Total	**$1.750.000**

Por concepto de las actividades adelantadas en el Periodo del 13 de febrero de 2026 al 12 de marzo de 2026, correspondiente al Informe de actividades N° 02, de acuerdo al contrato **C-015-2026**.

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 los Veinticuatro (24) días del mes de MARZO del año 2026

LEMIR ALFONSO BECERRA GOMEZ
SECRETARIO GENERAL ASAMBLEA DEPARTAMENTAL

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 18937630		ALARCON GUERRA WILBER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 15 13 58	AGUSTIN CODAZZI-CESAR	5766164	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	9500126062	9500126062	I	2026/03/09	2026/03/10	BANCO DE BOGOTA	1	$228,400

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)						$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0
Ciudad: AGUSTIN CODAZZI Depto: CESAR (1 Afiliados)						$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0
1	CC	18937630	ALARCON WILBER		0	$0	$0	EPS017	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	$9,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0

DAVIVIENDA

Agustin Codazzi, 24/03/2026

CERTIFICADO

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **WILBER ALARCON GUERRA** con Cédula de Ciudadanía número **18937630** de Agustin codazzi, Posee en Davivienda.

CUENTA DE AHORROS DAMAS:

Número	4884-2103-9832
Fecha Apertura	06/05/2021

Cordialmente,

DAVIVIENDA
2566 - OFICINA CODAZZI

BANCO DAVIVIENDA

Scanned with TapScanner

Banco de Bogotá

NIT. 860.002.964-4

Comprobante de Recaudos

ESPACIO PARA EL TIMBRE

Esta transacción esta sujeta a verificación posterior, El(los) cheque(s) depositado(s) se reciben "Salvo buen cobro" de manera que la operación solo se entiende efectiva si el (los) cheque(s) son pagado(s) por el (los) banco(s) librados. En caso de que el(los) cheque(s) sean devuelto(s) sin pago, esta operación se reservará y el (los) titulo(s) se entregará(n) por parte del Banco al titular de la cuenta en la que se deposita (ron). En consecuencia, el comprobante de pago que se entrega al depositario timbrado por el Banco, no implica constancia de pago respecto a las sumas no consignadas en efectivo.

El pago con tarjeta débito/Crédito aplica únicamente para convenios de empresas autorizadas. En caso de inconveniente comuníquese con la entidad emisora de su tarjeta.

Banco de Bogota - RECAUDO PILA
2040 CS022401 ****4086 T50
FTx10/03/26 08:26H,NO229 Cedazzi
202A02 84 Aportes en Linea
PLANILLA No.0000095001260662
Identificacion18937630
VALOR PLANILLA:228,400.00
Cargo Cuenta No.
Valor Efectivo:228,400.00

VALOR $ _____

Verifique que la información impresa en este formato sea correcta

21303332 (CRE_FOR_005 V1 21/01/2016)

OFIX SAS NIT 830.053.826 | 601602 ACL 4161

Colpensiones

RADICADO 2025_10280288

GERENCIA DE DETERMINACIÓN DE DERECHOS
DIRECCIÓN DE NÓMINA DE PENSIONADOS
CERTIFICACIÓN INDEMNIZACIÓN Y/O PAGO ÚNICO

Que revisada la Nómina de Pensionados de la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**, al señor(a) **WILBER ALARCON GUERRA** identificado(a) con **Cédula de Ciudadanía** No. **18937630**, esta Administradora mediante resolución No. **44607** de **2025** le concedió **INDEMNIZACIÓN SUSTITUTIVA VEJEZ**, como **pago único** por valor de **$ 16,472,742.00.**

Que para la NOMINA de **Marzo** de **2025** en la Entidad **1-BANCO DE BOGOTA - 224-AGUSTIN CODAZZI CR 16 15 08 OF** No. de Cuenta **0** se giraron los siguientes valores:

DEVENGADOS		DEDUCIDOS	
VALOR PENSION	$ 16,472,742.00		
TOTAL DEVENGADOS	$ 16,472,742.00	TOTAL DEDUCIDOS	$ 0.00
		NETO GIRADO	$ 16,472,742.00

Se expide a solicitud del interesado en Bogotá , el día 20 de mayo de 2025.

CARMEN PATRICIA GARRIDO RODRIGUEZ
Directora de Nómina de Pensionados (A)

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 - ********9832 - COP

Perfil del beneficiario

WILBER

Tipo de beneficiario

PERSONA

Titular de la cuenta

Wilber Alarcon Guerra

Tipo identificación beneficiario

Cédula de ciudadanía

Número identificación beneficiario

18937630

Banco del beneficiario

DAVIVIENDA

Monto

$1.443.000,00

Moneda

COP

Descripción

PAGO DE CTA 2DE5 C015
2026 WILBER ALARCON

Referencia del pago

-

Fecha de aplicación

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

Estado de operación

Aceptado

Número de operación

0c5687af-67af-444e-967d-76cf27916045

Dirección IP

181.49.99.237

Número de sistema

122026270312393

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

www.scotiabankcolpatria.com