

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

ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR
NIT 824.003.142-0

DEBE A:

NOMBRE: LINA MARCELA LEAL MURGAS

IDENTIFICACIÓN: CC ☒ NIT ☐ NUMERO 1065841493 DV ☐ DE VALLEDUPAR

LA SUMA DE:

(LETRAS) TRES MILLONES DE PESOS

(NUMEROS) \$ 3.000.000

POR CONCEPTO DE:

CONTRATO No. C-091-2026 DESEMBOLSO No. 3 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: 30/03/2026 y 29/04/2026

FECHA: 5/05/2026

DIRECCIÓN: CRA 21 # 9C - 45 - EDF. MAYAPO

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): 5911

TELÉFONO 322 6799338

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 párrafo del artículo 383, declaro bajo la gravedad de juramento que:

Soy declarante de renta SI ☒ NO ☐

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 ☐

(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 \$3.000.000

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO				NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
	CC	RC	TI	CE		
DELCEY LEONOR MURGAS SANCHEZ	x				42492500	MADRE

Declaro bajo la gravedad del juramento que toda la información aquí suministrada es VERDICA, 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: 05-05-2026

HORA: 03:10 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 ceta 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.	Identificación: marque NIT para número de identificación tributaria, CC para cedula de ciudadanía.
c.	Letras: Diligencie con claridad el valor, correspondiente a la sumatoria del valor fijo y variable (si aplica)
d.	Números: Diligencie 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: Diligencie el objeto registrado en el memorando de solicitud de contratación, el cual aparece en el Secop II o en la minuta del contrato
g.	Periodo Comprendido Entre: Se diligencie el periodo a cobrar del mes (DD/MM/AAAA), de acuerdo a la forma de pago establecida contractualmente
h.	Fecha: Diligencie la fecha del día 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 ECONOMICA CIU- DE ESTE COBRO: Inicar el codigo CIU de la actividad economica
l.	Teléfono: fijo o número 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

INFORMACIÓN DEL COBRO

Fecha del informe	Periodo a Cobrar
5 de mayo de 2026	Del 30 de marzo al 29 de abril

INFORMACIÓN DEL CONTRATO				
MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	TIPO DE CONTRATACIÓN		JUSTIFICACIÓN DE LA MODALIDAD	
CONTRATACION DIRECTA	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN		PRESTACION DE SERVICIOS	
Número del Proceso	CD-091-2026	Número del Contrato	C-091-2026	Fecha 30/01/2026
Contratista	LINA MARCELA LEAL MURGAS			
CC o NIT	C.C. 1.065.841.493 EXPEDIDA EN VALLEDUPAR			
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	\$15.000.000.00			
Plazo	CINCO (5) MESES			
Valor Mensual	\$3.000.000.00			
Fecha de Inicio	30/01/2026			
Supervisor	Nombre	LEMIR ALFONSO BECERRA GOMEZ		
	Cargo	Secretario General Asamblea Departamental del Cesar		

ACTIVIDADES DESARROLLADAS		
N	Obligación	Actividades Realizadas
1	Apoyar en las actividades asistenciales y administrativas del Presidente de la Asamblea Departamental del Cesar.	Presté acompañamiento institucional al presidente de la Asamblea del departamento del Cesar, Miguel Ángel Gutiérrez Ramírez, en el desarrollo de las sesiones ordinarias realizadas los días 06, 07, 08, 13, 14, 15y 16 de abril. Allí tome atenta nota sobre lo solicitado por el presidente de la corporación miguel ángel Gutiérrez, contribuyendo al adecuado desarrollo de las actividades programadas en el marco de dichas jornadas.
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.	Realicé el trámite y seguimiento correspondiente a las certificaciones solicitadas ante la Secretaría General de la Asamblea del Cesar, velando por su adecuada gestión y respuesta oportuna.
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.	Para este periodo no hubo debates de control político sin embargo apoyé en la elaboración de la proposición #039 de 2026, autoría del diputado Jesús Suarez, esta proposición es para la realización de un debate de control político sobre la vía Codazzi- aguas blancas.
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.	Acompañé al presidente de la corporación, Miguel Ángel Gutiérrez, en la jornada de rendición de cuentas de la gobernadora, llevada a cabo el día 19 de abril, en la cual se presentaron los principales avances, resultados de gestión y proyecciones institucionales. Durante esta actividad, brindé apoyo en el desarrollo de la agenda, facilitando la participación en el espacio y contribuyendo al adecuado cumplimiento de los

		compromisos institucionales adquiridos en el marco del evento.
5	Apoyar en el manejo de la agenda y notificación oportuna de los compromisos adquiridos por el presidente de la Corporación.	Brindé apoyo en la gestión y organización de la agenda del presidente de la Corporación durante el periodo de sesiones ordinarias en la Duma Departamental, asegurando la adecuada coordinación de los compromisos institucionales, reuniones, sesiones plenarias y demás actividades oficiales programadas. De igual manera, llevé a cabo la notificación oportuna de cada uno de los compromisos adquiridos, garantizando su correcta programación, seguimiento y cumplimiento en el marco del desarrollo de las sesiones.
6	Brindar apoyo en la organización de los documentos allegados a la corporación (recibir, clasificar, distribuir y realizar seguimiento).	No aplica.
7	Las demás que sean propias del objeto contractual solicitadas por el supervisor del contrato.	Apoyé en el manejo de la agenda y notificación oportuna de los compromisos del diputado Manuel Gutiérrez.
8	Publicar a través de la plataforma del SECOP II los impuestos y estampillas de ley que se deben cancelar por el contrato.	Realicé la publicación en la plataforma SECOP II de los documentos correspondientes a los impuestos y la póliza de garantía, relacionados con el Contrato No. 091, asegurando el cumplimiento de los requisitos establecidos y la debida transparencia en el proceso contractual.
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	Procedí a realizar la publicación en la plataforma SECOP II de la Cuenta Número 2 correspondiente al proceso contractual en curso, asegurando que toda la información requerida estuviera completa y organizada según los lineamientos establecidos por la normativa vigente.

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	9504157613	\$218,900	05/05/2026	ABRIL
PENSIÓN	9504157613	\$280,200	05/05/2026	ABRIL
ARL	9504157613	\$9,200	05/05/2026	ABRIL

 ASAMBLEA DEL CESAR	INFORME DE ACTIVIDADES INFORME 02	Versión Doc.: 02
	091 003 0505 2026	Fecha: 03/02/2026
		Páginas: Página 3 de 3

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 y atendí sugerencias propuestas por la supervisión
- Toda la información aquí suministrada es verídica.

Documentos anexos

- Cuenta de Cobro
- Informe de actividades
- Seguridad Social (Planillas pagadas)
- Informe de supervisión
- Certificación bancaria


LINA MARCELA LEAL MURGAS
Contratista

 ASAMBLEA DEL CESAR	INFORME DE SUPERVISION INFORME 01	Versión Doc.: 02
	091 003 0505 2026	vigencia: 03/02/2026
		Páginas: Página 1 de 2

DATOS GENERALES

Número del Proceso	CD-091-2026	Número del Contrato	C-091-2026	Cuenta	03 de 5
--------------------	-------------	---------------------	------------	--------	---------

Modalidad de Contratación	Tipo de Contratación	Justificación de la modalidad
CONTRATACION DIRECTA	PRESTACION DE SERVICIOS	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES
Contratista	LINA MARCELA LEAL MURGAS	
CC o NIT	C.C. 1.065.841.493 EXPEDIDA EN VALLEDUPAR	
Contratante	ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR	
Representante Legal	MIGUEL ANGEL GUTIERREZ RAMIREZ	
Fecha de Suscripción	30/01/2026	
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 (5) MESES	
Fecha de Inicio	30/01/2026	
Fecha Terminación	28/06/2026	
Valor Inicial del Contrato	\$15.000.000.00	
Valor Mensual	\$3.000.000.00	
Forma de Pago	CINCO (5) pagos de mensualidades vencidas por el monto de TRES MILLONES DE PESOS (\$3.000.000.00)	
Supervisor	LEMIR ALFONSO BECERRA GOMEZ – SECRETARIO GENERAL ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR	

DATOS FINANCIEROS					
Certificado de disponibilidad presupuestal y Registro Presupuestal					
INICIAL	Tipo	código	Fecha	Rubro	Valor
	CDP	001	6/01/2026	2.1.2.02.02.008.03 Prestación de Servicios Profesionales y Técnicos	\$1.973.939.465
	RP	094	30/01/2026	2.1.2.02.02.008.03 Prestación de Servicios Profesionales y Técnicos	\$21.000.000

GARANTÍAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (SOLICITADAS EN EL CONTRATO)						
INICIAL	Aseguradora		NO. De Póliza	Amparo	V. Asegurado	Vigencia
	SEGUROS	DEL	47-46-101033953	CUMPLIMIENTO	\$ 1,500,000.00	30/01/2026 A 30/10/2026
	ESTADO			DEL CONTRATO		
	860009578-6					
	Aprobación de las Garantías			NO. C01 MSG.898115 de 30 /01/2026		

OBLIGACIONES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL				
ACCIÓN 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	9504157613	\$218,900	05/05/2026	ABRIL
PENSIÓN	9504157613	\$280,200	05/05/2026	ABRIL
ARL	9504157613	\$9,200	05/05/2026	ABRIL

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

- Si ☒ No ☐

Presento el informe correspondiente al periodo comprendido 30 de marzo al 29 de abril 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 servicio profesionales en los términos establecidos
- Si ☒ No ☐

Cumple con las obligaciones del pago de seguridad social integral
- Se da visto bueno para realizar el pago de **TRES MILLONES DE PESOS (\$3.000.000.00)** MCTE de la siguiente manera:

Si ☒ No ☐

N° RP	Rubro	Soporte	Valor
094-2026	2.1.2.02.02.008.03 Prestación de Servicios Profesionales y Técnicos	C-091-2026	\$3.000.000
Total			\$3.000.000

Por concepto de las actividades adelantadas en el 30 de marzo al 29 de abril de 2026 correspondiente al Informe de actividades N° 01, de acuerdo al contrato C-091-2026.

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 cinco (05) días del mes de mayo de 2026.



LEMIR ALFONSO BECERRA GOMEZ
SECRETARIO GENERAL ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1065841493		LEAL MURGAS LINA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 21 9C 45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3226799338	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-04	2026-04	281988491	9504157613	I	2026/05/25	2026/05/05	BANCOLOMBIA	\$508,300

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)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$9,200		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$9,200		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$9,200		\$0	\$0	
1	CC	1065841493	LEAL LINA	230301	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS005	30	\$1,750,905	\$218,900	0		\$0	\$0	14-11	30	\$1,750,905	\$9,200	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$9,200		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1065841493		LEAL MURGAS LINA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 21 9C 45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3226799338	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	Z81988491	9504157613	I	2026/05/25	2026/05/05	BANCOLOMBIA	0	\$508,300
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,200	\$0	\$0	\$9,200	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$9,200	\$0	\$0	\$9,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
TOTAL				1	\$508,300	\$0	\$0	\$508,300	

Certificación Bancaria

Martes, 05 de mayo de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que LINA MARCELA LEAL MURGAS identificado(a) con CC 1065841493, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	19700026402	2019-03-14	Activo	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
***Si desea verificar la veracidad de esta información,** puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números:
Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05
Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe,
Gerente Servicios Contact Center & BPO.



Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com.co



Comprobante de pago de nómina

ASAMBLEA DEL DEPARTAMENTO DEL | NIT 824.003.142-0

Cuenta origen		Cuenta destino	
Cuenta de Ahorros - *****0128 - COP		Cuenta de ahorros - *****6402 - COP	
Perfil del beneficiario		Tipo de beneficiario	
LINA MARCELA		PERSONA	
Titular de la cuenta		Tipo identificación beneficiario	
LINA MARCELA LEAL MURGAS		Cédula de ciudadanía	
Número identificación beneficiario	Banco del beneficiario	Monto	
1065841493	BANCOLOMBIA	\$3.000.000,00	
Moneda	Descripción		
COP	PAGO DE CTA 3DE5 C 091 2026 LINA LEAL		
Referencia del pago	Fecha de aplicación	Estado de operación	
-	12/MAY/2026 12:00:00 A. M.	Aceptado	
Número de operación		Dirección IP	
469683ed-b2a6-41aa-8801-78607cebd698		181.49.99.237	
Número de sistema			
122026120505616			

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

