	CUENTA DE COBRO	VERSION	001
		VIGENCIA	03/02/2026
	GESTIÓN FINANCIERA		

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**

POR CONCEPTO DE:

CONTRATO No. **C-015-2026** DESEMBOLSO No. **5** DE **5**

OBJETO: **PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE APOYO E APOYO A LAGESTION ADMINISTRATIVA DE LA ASAMBLEA DEL CESAR.**

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: **11/05/2026** Y **10/06/2026**

FECHA: 11 de junio de 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 $

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.

Wilber Alarcon
FIRMA

ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR
FECHA: 11 Junio 26
HORA: 1:32
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 cenla 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 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 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.

ASAMBLEA DEL CESAR	**INFORME DE ACTIVIDADES** **INFORME 05** 015.005 -- 25 JUN. 2026	Versión Doc.: 02 Fecha: 03/02/2026 Páginas: Página **1** de **2**

INFORMACIÓN DEL COBRO

Fecha del informe
11 de junio de 2026

Periodo a Cobrar
11 de mayo al 10 de junio 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).	Apoye las actividades de correspondencia direccionadas por la secretaria general en el periodo del 11 de mayo al 10 de junio.
2. Apoyar con la distribución de la correspondencia en las diferentes oficinas de los diputados.	Hice entrega a los diputados la solicitud del informe donde se expone la situación financiera de los municipios articulo 6 al 10 de la ley 617 de 2000. El día 27 de mayo de 2026.
3. Apoyar en las diligencias administrativas que requiera la Corporación.	Apoye el desarrollo de las sesiones los días 11, 12,13, 14, 15, 19 ,20 ,21,22 ,23 ,25 ,26 ,27 ,28 ,29 de mayo y 1, 2, 3 ,4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 de junio.
4. Apoyar en las actividades complementarias de archivo de acuerdo a los requerimientos del supervisor	Para este periodo no fui requerido.
5. Las demás que sean propias del objeto contractual y las fijadas por la ley, los estatutos, reglamentos y supervisor.	Apoye la gestión administrativa de la asamblea del cesar mediante tramite de documentos seguimiento a procesos internos y las actividades propias del funcionamiento de la entidad.
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 004 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	9505099495	218.900	2026/06/11	Mayo
PENSIÓN	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
ARL	9505099495	18.300	2026/06/11	Mayo

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	9506601261	218.900	2026/06/24	Junio
PENSIÓN	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
ARL	9506601261	9.200	2026/06/24	Junio

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

Wilber Alarcon Guerra
Contratista.

DATOS GENERALES

Número del Proceso	**CD-015-2026**	Número del Contrato	**C-015-2026**	Cuenta	**05 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	**9505099495**	**218.900**	**2026/06/11**	**Mayo**
PENSIÓN	**NO APLICA**	**NO APLICA**	**NO APLICA**	**NO APLICA**
ARL	**9505099495**	**18.300**	**2026/06/11**	**Mayo**

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	**9506601261**	**218.900**	**2026/06/24**	**Junio**
PENSIÓN	**NO APLICA**	**NO APLICA**	**NO APLICA**	**NO APLICA**
ARL	**9506601261**	**9.200**	**2026/06/24**	**Junio**

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

Si [x] No [ ] Presento el informe correspondiente al periodo comprendido del 11 de mayo al 10 de junio 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 servicios 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 $1.750.000 UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS. **M.L.** cada una de la siguiente manera:

Si [x] No [ ]

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 11 de mayo al 10 de junio de 2026, correspondiente al Informe de actividades N° 05, 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 once días (11) días del mes de junio 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
2026-05	2026-05	9505099495	9505099495	I	2026/06/09	2026/06/11	BANCO DE BOGOTA	2	$228,600

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

25 JUN. 2026

2026/06/11 09:28 AM

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
2026-05	2026-05	9505099495	9505099495	I	2026/06/09	2026/06/11	BANCO DE BOGOTA	2	$228,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,200	$100	$0	$9,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,200	$100	$0	$9,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$400	$0	$219,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$218,900	$400	$0	$219,300
TOTAL				**1**	**$228,100**	**$500**	**$0**	**$228,600**

11 mayo
10 junio.

2026/06/11 09:28 AM

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
2026-06	2026-06	9506601261	9506601261	I	2026/07/08	2026/06/24	BANCO DE BOGOTA	0	$228,100

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

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
2026-06	2026-06	9506601261	9506601261	I	2026/07/08	2026/06/24	BANCO DE BOGOTA	0	$228,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,200	$0	$0	$9,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,200	$0	$0	$9,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$228,100**	**$0**	**$0**	**$228,100**