

	CUENTA DE COBRO	VERSION	*001
		VIGENCIA	3/02/2026
	GESTIÓN FINANCIERA		

ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR
NIT 824.003.142-0

DEBE A:
NOMBRE: MAYRA ALJANDRA SUAREZ GARCES

IDENTIFICACIÓN: CC ☒ NIT ☐ NUMERO 1,065,564,343 DV 2 DE VALLEDUPAR

LA SUMA DE:
(LETRAS) SIETE MILLONES DOSCIENTOS VEINTIDOS MIL PESOS MCTE

(NUMEROS) \$ 7.222.000

POR CONCEPTO DE:
CONTRATO No. C-071-2026 DESEMBOLSO No. 4 DE 11

OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ASESOR EXTERNO PARA BRINDAR APOYO Y ASISTENCIA JURIDICA A LA ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR EN LOS ASUNTOS QUE LE SEAN REQUERIDOS.

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: 20/04/2026 y 19/05/2026

FECHA: 11/06/2026

DIRECCIÓN: CALLE 7 # 19A-16

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): 6910

TELÉFONO 3106025519

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	NO

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 \$ 7.222.000.

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO				NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
	CC	RC	TI	CE		
N/A						N/A
N/A						N/A

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.

Mayra Suarez G
FIRMA

ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR
FECHA: JUNIO 11 2026
HORA: 12:00 PM
RECIBIDO: [Signature]

 ASAMBLEA DEL CESAR	INFORME DE SUPERVISION INFORME 04 021 004 11062026		Versión Doc.: 02
			Fecha: 03/02/2026
			Páginas: Página 1 de 2

DATOS GENERALES

Número del Proceso	CD-071-2026	Número del Contrato	C-071-2026	Cuenta	04 de 11
--------------------	-------------	---------------------	------------	--------	----------

Modalidad de Contratación	Tipo de Contratación	Justificación de la modalidad
CONTRATACION DIRECTA	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES
Contratista	MAYRA ALEJANDRA SUAREZ GARCES	
CC o NIT	1.065.564.343 de Valledupar	
Contratante	ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR	
Representante Legal	MIGUEL ÁNGEL GUTIÉRREZ RAMÍREZ	
Fecha de Suscripción	19/01/2026	
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ASESOR EXTERNO PARA BRINDAR APOYO Y ASISTENCIA JURIDICA A LA ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR EN LOS ASUNTOS QUE LE SEAN REQUERIDOS.	
Plazo Inicial del contrato	ONCE (11) MESES	
Fecha de Inicio	20/01/2026	
Fecha Terminación	19/12/2026	
Valor Inicial del Contrato	\$ 79.442. 000.00 SETENTA Y NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS CUARETA Y DOS MIL PESOS MCTE.	
Valor Mensual	\$ 7.222. 000.00 SIETE MILLONES DOSCIENTOS VEINTIDOS MIL PESOS MCTE.	
Forma de Pago	ONCE PAGOS MENSUALES POR VALOR DE \$ 7.222. 000.00 SIETE MILLONES DOSCIENTOS VEINTIDOS MIL PESOS MCTE.	
Supervisor	LEMIR ALFONSO BECERRA GOMEZ	
	SECRETARIO GENERAL	

DATOS FINANCIEROS					
Certificado de disponibilidad presupuestal y Registro Presupuestal					
INICIAL	Tipo	código	Fecha	Rubro	Valor
	CDP	001	06/01/2026	2.1.2.02.02.008.03 PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y TECNICOS	\$1.973.939.465
	RP	069	20/01/2026	2.1.2.02.02.008.03 PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES	\$79.442.000

GARANTÍAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (SOLICITADAS EN EL CONTRATO)					
INICIAL	Aseguradora	NO. De Póliza	Amparo	V. Asegurado	Vigencia
	SEGUROS DEL ESTADO 860.009.576-6	47-46-101031769	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	\$7.944.200	19/01/2026 A 19/03/2027
	Aprobación de las Garantías		NO. CO1.WRT.19021174 de 20/01/2026		

OBLIGACIONES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL				
RELACIÓN DE DOCUMENTOS APORTADOS QUE ACREDITAN PAGOS APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES				
TIPO DE APOORTE	PLANILLA N°	VALOR APOORTE	FECHA DE PAGO	MES AL QUE CORRESPONDE EL APOORTE
SALUD	9503657353	\$375.000	2026/05/06	ABRIL
PENSIÓN	9503657353	\$480.000	2026/05/06	ABRIL
ARL	9503657353	\$ 15.700	2026/05/06	ABRIL



ASAMBLEA DEL CESAR

INFORME DE ACTIVIDADES

INFORME 04

071 004 11062026

Versión Doc.: 02

Fecha: 03/02/2026

Páginas:

Página 4 de 4

- 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 primera cuenta.

- Cuenta de Cobro o factura.
- Informe de Actividades.
- Informe de supervisión.
- Planilla de pago – seguridad social.

Mayra Suarez G.

MAYRA ALEJANDRA SUAREZ GARCES

Contratista

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1065564343		SUAREZ GARCES MAYRA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 70B#19A-16	VALLEDUPAR-CESAR	5848144	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-04	2026-04	03657353	9503657353	I	2026/05/13	2026/05/06	BANCO AV VILLAS	0	\$870,700

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)					\$3,000,000	\$480,000			\$3,000,000	\$375,000			\$0	\$0			\$3,000,000	\$15,700		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$3,000,000	\$480,000			\$3,000,000	\$375,000			\$0	\$0			\$3,000,000	\$15,700		\$0	\$0
Ciudad: VALLEDUPAR Depto: CESAR (1 Afiliados)					\$3,000,000	\$480,000			\$3,000,000	\$375,000			\$0	\$0			\$3,000,000	\$15,700		\$0	\$0
1	CC 1065564343	SUAREZ MAYRA	231001	30	\$3,000,000	\$480,000	EP5017	30	\$3,000,000	\$375,000	0		\$0	\$0	14-23	30	\$3,000,000	\$15,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$3,000,000	\$480,000			\$3,000,000	\$375,000			\$0	\$0			\$3,000,000	\$15,700		\$0	\$0

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1065564343		SUAREZ GARCES MAYRA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 70B#19A-16	VALLEDUPAR-CESAR	5848144	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-04	2026-04	03657353	9503657353	I	2026/05/13	2026/05/06	BANCO AV VILLAS	0	\$870,700

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$480,000	\$0	\$0	\$480,000	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$480,000	\$0	\$0	\$480,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$15,700	\$0	\$0	\$15,700	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$15,700	\$0	\$0	\$15,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$375,000	\$0	\$0	\$375,000	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$375,000	\$0	\$0	\$375,000	
TOTAL				1	\$870,700	\$0	\$0	\$870,700	



COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número de Planilla o del Pago con Pin Único: 1065564393

Valor a Pagar: 870700

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

PAGO CON NUMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 915102057353

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información:

Período de Cotización a Pagar:

Año: Mes:

AVV 836 20260506 14:11 SC 135 LINEA 3

US PAGADO: 870,700.00

RENTES: 140231 EN LINEA

CLAVE: 9503657353

ID: 1045564343

Fecha Aplicación: 20260506 PIN: 140231

Estimado cliente: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

ESTIMADO CLIENTE:
Verifique que la información impresa en el comprobante sea correcta y que el valor registrado coincida con el valor ingresado en el sistema. Si hay discrepancia, consulte al personal de la ventanilla o al personal de atención al cliente. Este comprobante no es válido si no se verifica la información en el sistema de pago.

Modelo de Comprobante de Pago de Planilla Asistida Pila

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

- Si ☒ No ☐

Presento el informe correspondiente al periodo comprendido **20 de abril al 19 de mayo 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 prestación de servicios profesionales como asesor externo para brindar apoyo y asistencia jurídica a la asamblea departamental del cesar 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: \$ 7.222.000.00 SIETE MILLONES DOSCIENTOS VEINTIDOS MIL PESOS MCTE.

Nº RP	Rubro	Soporte	Valor
069-2026	2.1.2.02.02.008.03 PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES	C-071-2026	\$ 7.222.000
Total			\$ 7.222.000

Observaciones: Por concepto de las actividades adelantadas en el periodo del 20 de abril al 19 de mayo de 2026, corresponde al informe de actividades N° 04, de acuerdo al contrato C-071- 2026.

CERTIFICO Que en cumplimiento de mis obligaciones como Supervisor, recibí, revise 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 once (11) días del mes de junio de 2026.



LEMIR ALFONSO BECERRA GÓMEZ

SECRETARIO GENERAL DE LA ASAMBLEA DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR