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

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

DEBE A:

NOMBRE: **ANDRES FELIPE HERRERA VIDUEÑA**

IDENTIFICACIÓN: CC [X] NIT [ ] NUMERO **1003237240** DV **2** DE **VALLEDUPAR**

LA SUMA DE:

(LETRAS) **CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS.**

(NUMEROS) $ **$ 4,500,000**

POR CONCEPTO DE:

CONTRATO No. **C -047** DESEMBOLSO No. **6** DE **6**

OBJETO: **PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA DE LA SAMBLEA DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR.**

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: **23 DE JUNIO** y **22 DE JULIO**

FECHA: 30 DE JULIO DE 2026

DIRECCIÓN: **MANZANA 10 CASA 15B URB DON MIGUEL**

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): **6920**

TELÉFONO **3216744478**

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.

FIRMA

ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR
FECHA: 30 de julio 26
HORA:
RECIBIDO:

INFORMACIÓN DEL COBRO

Fecha del informe
30 DE JULIO DE 2026

Periodo a Cobrar
23 DE JUNIO AL 22 DE JULIO

INFORMACIÓN DEL CONTRATO					
MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	TIPO DE CONTRATACIÓN		JUSTIFICACIÓN DE LA MODALIDAD		
CONTRATACION DIRECTA	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS**		**PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES.**		
Número del Proceso	**CD-047-2026**	Número del Contrato	**C-047-2026**	Fecha	**14/01/2026**
Contratista	**ANDRES FELIPE HERRERA VIDUEÑA**				
CC o NIT	**1003237240**				
Objeto	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADO PARA BRINDAR APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LA ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR.**				
Valor Inicial del Contrato	**$ 27.000.000**				
Plazo	**SEIS (06) MESES.**				
Valor Mensual	**$ 4.500.000 CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS.**				
Fecha de Inicio	**23 DE ENERO DE 2026.**				
Supervisor	Nombre	**LEMIR ALFONSO BECERRA GOMEZ**			
	Cargo	Secretario General Asamblea Departamental del Cesar			

ACTIVIDADES DESARROLLADAS	
OBLIGACION	**ACTIVIDADES REALIZADAS**
1. Apoyar a la Mesa Directiva en los procesos y procedimientos reglamentarios de la Corporación.	Apoyé la agenda del presidente de la Corporación durante el período de sesiones ordinarias los 23 DE JUNIO AL 22 DE JULIO, allí tomé atenta nota sobre los requerimientos de la mesa directiva.
2. Apoyar con la elaboración de proyectos de ordenanza a iniciativa de un diputado de acuerdo a los parámetros de Ley.	No aplica para este periodo.
3. Apoyar con la elaboración de a las proposiciones, resoluciones y demás documentos que sean expedidos por la Mesa Directiva.	Para este periodo no fui requerida.
4. Realizar la supervisión y seguimiento del cronograma de actividades de la Corporación.	Brindé apoyo en el seguimiento y acompañamiento para la realización de un debate de control político, en el cual se tuvo prevista la participación todos los altos mandos de la fuerza pública, con el propósito de dialogar sobre los recientes actos de inseguridad que se han presentado en el departamento del cesar, especialmente en la comunidad de Valledupar y la zona corregimental.
5. Apoyar a la Mesa Directiva en la elaboración de informes de su competencia.	Recopilé y organicé información administrativa y de apoyo institucional relacionada con el desarrollo de las sesiones extraordinarias realizadas los días 23 DE JUNIO AL 22 DE JULIO, con el propósito de contribuir al adecuado seguimiento de las actividades adelantadas por la Corporación. Asimismo, brindé apoyo en la coordinación y manejo de la agenda del presidente de la Asamblea durante dichas jornadas, tomando atenta nota de los diferentes requerimientos, solicitudes y orientaciones impartidas por la mesa directiva, garantizando así una adecuada organización y acompañamiento en el desarrollo de las sesiones.

6. Apoyar a la Mesa Directiva en los procesos y procedimientos reglamentarios de la Corporación	Brindé apoyo en el seguimiento y cumplimiento del cronograma ejecutivo programado durante las sesiones ordinarias realizadas los días 23 y 24 de mayo, así como en las sesiones extraordinarias desarrolladas los días 01, 02, 03, 04, 06, 07, 08, 09 y 10 de junio, verificando el adecuado desarrollo de las actividades establecidas dentro de la agenda institucional. Asimismo, realicé seguimiento a los compromisos adquiridos durante cada sesión, contribuyendo al control, organización y cumplimiento de los requerimientos y tareas derivadas de las jornadas adelantadas por la Corporación.
7. Las demás que sean propias del objeto contractual solicitadas por el supervisor.	Brindé apoyo al secretario de la Asamblea en el desarrollo de las actividades propias de su competencia, colaborando en la revisión y verificación de cuentas, así como en la organización y remisión de la documentación correspondiente a través de medios electrónicos, contribuyendo al adecuado trámite y gestión administrativa de la Corporación.
8. Publicar a través de la plataforma del SECOP II los impuestos y estampillas de ley que se deben cancelar por el contrato	Publique los impuestos y estampillas referente al contrato c-047
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	Publique 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, del contrato c-047 de la cuenta # 005 Y 006

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	**4657059362**	**280.200**	**29/07/2026**	**JULIO**
PENSIÓN	**4657059362**	**218.900**	**29/07/2026**	**JULIO**
ARL	**4657059362**	**42.700**	**29/07/2026**	**JULIO**

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

ANDRES FELIPE HERRERA VIDUEÑA
Contratista

ASAMBLEA DEL CESAR	**INFORME DE SUPERVISION** **INFORME 06**	Versión Doc.: 02 Fecha: 03/02/2026 Páginas: Página **1** de **2**

DATOS GENERALES

Número del Proceso	**CD-047-2026**	Número del Contrato	**C-047-2026**	Cuenta	**06 de 06**

Modalidad de Contratación	Tipo de Contratación	Justificación de la modalidad
CONTRATACION DIRECTA	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	**PRESTACIÓN DE SERVICIO**

Contratista	**ANDRES FELIE HERREA VIDUEÑA**
CC o NIT	**1003237240**
Contratante	**ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR**
Representante Legal	**MIGUEL ANGEL GUTIERREZ RAMIREZ**
Fecha de Suscripción	**14/01/2026**
Objeto del Contrato	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADO PARA BRINDAR APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LA ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR.**
Plazo Inicial del contrato	**Seis (06) meses.**
Fecha de Inicio	**23/01/2026**
Fecha Terminación	**22/07/2026**
Valor Inicial del Contrato	**$ 27.000.000**
Valor Mensual	**$ 4.500.000**
Forma de Pago	**SEIS (06) PAGOS POR VALOR DE $4.500.000 PESOS.**
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	**$1.973.939.465**
	RP	073	23/01/2026	2.1.2.02.02.008, PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y TECNICOS	**$ 27.000 .000**

GARANTÍAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (SOLICITADAS EN EL CONTRATO)

	Aseguradora	NO. De Póliza	Amparo	V. Asegurado	Vigencia
INICIAL	Aseguradora Solidaria de Colombia. NIT.860.524.654-6	PO. 320 - 47 - 994000037447	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	$ 2.700.000	DESDE: 14/04/2016 HASTA: 30/11/2026
	Aprobación de las Garantías		CO1.WRT.19763253 de 14 /04/2026		

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	**4657059362**	**280.200**	**29/07/2026**	**JULIO**
PENSIÓN	**4657059362**	**218.900**	**29/07/2026**	**JULIO**
ARL	**4657059362**	**42.700**	**29/07/2026**	**JULIO**

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

Si [x] No [ ] Presento el informe correspondiente al periodo comprendido del 23 de junio al 22 de julio 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

Si [x] No [ ] Se da visto bueno para realizar el pago de 4.500.000 CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS cada una de la siguiente manera:

Nº RP	Rubro	Soporte	Valor
073-2026	2.1.2.02.02.008, PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y TECNICOS	C-047-2026	$ 4.500.000
		Total	$ 4.500.000

Por concepto de las actividades adelantadas en el Periodo al 23 de junio al 22 de julio de 2026, correspondiente al Informe de actividades Nº 06, de acuerdo al contrato **C-047-2026**.

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 treinta días (30) días del mes de julio del año 2026

LEMIR ALFONSO BECERRA GOMEZ
SECRETARIO GENERAL ASAMBLEA DEPARTAMENTAL

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1003237240
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANDRES FELIPE HERRERA VIDUENAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	VALLEDUPAR	DEPARTAMENTO:	CESAR
DIRECCIÓN:	DIAG 16 E 23	TELÉFONO:	5555555
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
NÚMERO PLANILLA:			**4657059362**	TIPO DE PLANILLA:					I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	julio AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	julio	AÑO		2026
DÍAS DE MORA:			0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/07/29	NÚMERO AUTORIZACIÓN:					9997581679

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA				APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
SUBTOTALES:										**$ 280.200**	**$ 0**	**$ 280.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
CCFC55	CCFC55- PROTEGER EPS S.A.S	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 218.900**

Planilla Pagada

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 42.700	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 42.700
SUBTOTALES:									**$ 42.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 42.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	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
1	CC 1003237240	HERRERA VIDUENAS ANDRES FELIPE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	CCFC55-PROTEGER EPS S.A.S	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	100323724	$ 42.700

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 541.800

Planilla Pagada

Certificación
Bancaria

Viernes, 29 de abril de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que ANDRES FELIPE HERRERA VIDUEÑAS identificado(a) con CC 1003237240 , 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 AHORROS	52483220898	2017-10-05	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

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 correosospechoso@bancolombia.com.co