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

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

DEBE A:

NOMBRE: **JAIRO ANDRES BAUTE OÑATE**

IDENTIFICACIÓN: CC [X] NIT [ ] NUMERO **1.065.809.168** [ ] DE **VALLEDUPAR**

LA SUMA DE:

(LETRAS) **TRES MILLONES DE PESOS M/CTE**

(NUMEROS) $ **$ 3.000.000,00**

POR CONCEPTO DE:

CONTRATO No. ***085** DESEMBOLSO No. **2** DE **6**

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: **28/02/2026** y **28/03/2026**

FECHA: 6/04/2026

DIRECCIÓN: **CRA 30A # 9-32**

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):	**8299**
TELÉFONO	**3127077096**

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 [X] 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 [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		
SOFIA BAUTE MOSCOTE		X			1066303425	HIJA

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.

JAIRO BAUTE
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: 7-04-2026
HORA: 9:31 AM
RECIBIDO:

ASAMBLEA DEL CESAR	**INFORME DE ACTIVIDADES** **INFORME 02** 085 002 07-04 2026	Versión Doc.: 02 Fecha: 03/02/2026 Páginas: Página **1** de **2**

INFORMACIÓN DEL COBRO

Fecha del informe
06 de Abril de 2026

Periodo a Cobrar
28 de Febrero a 28 de Marzo de 2026

INFORMACIÓN DEL CONTRATO					
MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	TIPO DE CONTRATACIÓN		JUSTIFICACIÓN DE LA MODALIDAD		
CONTRATACION DIRECTA	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION**		**PRESTACIÓN DE SERVICIOS**		
Número del Proceso	**CD-085-2026**	Número del Contrato	**C-085-2026**	Fecha	**29/01/2026**
Contratista	**JAIRO ANDRES BAUTE OÑATE**				
CC o NIT	**1.065.809.168**				
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 del Contrato	**$ 18.000.000**				
Plazo Total	**SEIS (06) MESES**				
Valor Mensual	**$ 3.000.000**				
Fecha de Inicio	**29/01/2026**				
Supervisor	Nombre	**LEMIR ALFONSO BECERRA GOMEZ**			
	Cargo	SECRETARIO GENERAL			

N	Obligación	Actividades Realizadas
1	Apoyar en las actividades asistenciales y administrativas del Presidente de la Asamblea Departamental del Cesar.	Brinde apoyo asistencial y administrativo al Presidente de la Asamblea Departamental Miguel Ángel Gutiérrez Ramírez en el desarrollo del acto protocolario de la apertura e inicio de la Sesiones Ordinarias el 01 de marzo de la vigencia 2026.
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.	Apoye a la secretaria General, en el trámite y Elaboración de la Certificación No 041 Expedida en la Asamblea Departamental, Correspondiente al Certificado Laboral.
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.	Brinde Acompañamiento y Apoyo asistencial durante la Sesión en la que se Dio Inicio al debate de control político sobre el proyecto del Mirador de Cerro de santo Ecce Homo, Realizada el día 11 de Marzo en la Instalaciones de La Asamblea Departamental, contribuyendo en las Gestiones Administrativas y Logísticas necesarias para el adecuado desarrollo de la Actividad.
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.	**No fui requerido para Participar en las Reuniones con Instancias Internas y externas.**
5	Apoyar en el manejo de la agenda y notificación oportuna de los compromisos adquiridos por el presidente de la Corporación	Brinde apoyo y acompañamiento al presidente de la asamblea Miguel ángel Gutiérrez, durante su Participación en el Consejo de Patrimonio del Cesar, En el marco del proceso de declaratoria del queso de Astrea como Patrimonio cultural inmaterial del Departamento.
6	Brindar apoyo en la organización de los documentos allegados a la corporación (recibir, clasificar, distribuir y realizar seguimiento).	Apoye en la Circulación de la invitación al segundo Festival Vallenato Intercolegial Casd Dirigida a Toda la mesa Directiva.
7	Las demás que sean propias del objeto contractual que sean solicitadas por el supervisor.	Ayude a Organizar las carpetas y Hojas de Vidas de los Diputados Maria Cecilia Mesa, Miguel Antonio Hinojosa y Carlos Daza, en la Secretaria General.

8	Publicar a través de la plataforma del SECOP II los impuestos y estampillas de ley que se deben cancelar por el contrato.	Hize la Publicación en la plataforma SECOP II del pago de impuestos y Estampillas del Contrato No 085
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.	Se adelantó la publicación del informe 01 el cual consta del informe de actividades, informe de supervisión, pago de seguridad social, certificación curso de integridad, certificación Arl y certificación bancaria.

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	**4644153671**	**$218.900**	**20/03/2026**	**MARZO**
PENSIÓN	**4644153671**	**$280.200**	**20/03/2026**	**MARZO**
ARL	**4644153671**	**$9.200**	**20/03/2026**	**MARZO**

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
- Seguridad Social (Planillas pagadas)
- Informe de Actividades
- Informe de supervisión
- Certificado Bancario

JAIRO BAUTE.

JAIRO ANDRES BAUTE OÑATE
Contratista

DATOS GENERALES

Número del Proceso	**CD-085-2026**	Número del Contrato	**C-085-2026**	Cuenta	**02 de 06**

Modalidad de Contratación	Tipo de Contratación	Justificación de la modalidad
CONTRATACION DIRECTA	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION**	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
Contratista	**JAIRO ANDRES BAUTE OÑATE**	
CC o NIT	**1.065.809.168**	
Contratante	**ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR**	
Representante Legal	**MIGUEL ANGEL GUTIERREZ RAMIREZ**	
Fecha de Suscripción	**29/01/2026**	
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	**SEIS (06) MESES**	
Fecha de Inicio	**29/01/2026**	
Fecha Terminación	**28/07/2026**	
Valor Inicial del Contrato	**$18.000.000**	
Valor Mensual	**$3.000.000**	
Forma de Pago	SEIS (06) pagos de mensualidades vencidas por el monto de TRES MILLONES DE PESOS ($3.000.000.oo) MCTE	
Supervisor	**LEMIR ALFONSO BECERRA GOMEZ** Secretario General	

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 Servicios prestados a las empresas y servicios de producción.	$1'973.939.465
	RP	087	29/01/2026	2.1.2.02.02.008 Servicios prestados a las empresas y servicios de producción.	$18.000.000

GARANTÍAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (SOLICITADAS EN EL CONTRATO)

	Aseguradora	NO. De Póliza	Amparo	V. Asegurado	Vigencia
INICIAL	SEGUROS DEL ESTADO 860009578-6	47-46-101033556	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	$1.800.000	29/01/2026 A 28/11/2026
	Aprobación de las Garantías		NO. CO1.WRT.19269940 de 29/01/2026		

OBLIGACIONES DEL SISTEMA DE SEGURIAD SOCIAL

ACIÓN 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	**4644153671**	**$218.900**	**20/03/2026**	**MARZO**
PENSIÓN	**4644153671**	**$280.200**	**20/03/2026**	**MARZO**
ARL	**4644153671**	**$9.200**	**20/03/2026**	**MARZO**

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

Si [X] No [ ] Presento el informe correspondiente al periodo comprendido 28 de FEBRERO a 28 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 [X] No [ ] Cumple con el objeto del contrato de prestación de servicio profesionales en los términos establecidos

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

ASAMBLEA DEL CESAR	**INFORME DE SUPERVISION** **INFORME 02** 085 G02 07042026	Versión Doc.: 02 Fecha: 03/02/2026 Páginas: Página **2** de **2**

Se da visto bueno para realizar el pago de **TRES MILLONES DE PESOS M.L. ($3.000.000) M.L.** de la siguiente manera:

Si [✓] No [ ]

N° RP	Rubro	Soporte	Valor
087-2026	2.1.2.02.02.008 Servicios prestados a las empresas y servicios de producción.	C-085-2026	$3.000.000
		Total	$3.000.000

Por concepto de las actividades adelantadas en el Periodo 28 de Febrero a 28 de Marzo de 2026, correspondiente al Informe de actividades N° 02, de acuerdo al contrato C-085-2026.

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 seis (06) día del mes de Abril de 2026.

LEMIR ALFONSO BECERRA GOMEZ
SECRETARIO GENERAL ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1065809168
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JAIRO ANDRES BAUTE ONATE
CIUDAD/MUNICIPIO:	VALLEDUPAR	DEPARTAMENTO:	CESAR
DIRECCIÓN:	MANZA B CASA 6	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo por
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		4644153671	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo AÑO 2026
DÍAS DE MORA:		0			-
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/03/20	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996174867

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 218.900**

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	$ 9.200	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 9.200
SUBTOTALES:									**$ 9.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																										PARAFISCALES						
																									PENSIÓN									SALUD						ARP																		
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	IBE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1065809168	BAUTE ONATE JAIRO ANDRES	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	106580916	$ 9.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 508.300

EFECTIVU LIDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. Os: 9635205622	DV: 801426
Cliente:	110263 PILA RECAUDO
Fecha:	20/03/2026 17:00:37
OAP:	915291
Identificacion:	1065809168
Nombre:	NAA
Apellido 1:	NAA
Apellido 2:	NAA
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO:	1[illegible]1
Codigo Planilla:	46[illegible]3671
Periodo Pago:	2026/03
Valor Comision:	0
Valor Iva Comision:	0

Referencia. 1065809168 Valor: $598 300,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
[illegible] este recibo, es el unico [illegible] para atender cualquier reclamacion
Para reclamaciones [illegible] este recibo: Tel [illegible]
se declina cliente efectivo. [illegible]
[illegible]

Certificación
Bancaria

Miércoles, 25 de marzo de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que CAROLINA ANDREA MEDINA ONATE identificado(a) con CC 1066867483, 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	91294935229	2025-12-02	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

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 - *******1674 - COP

Perfil del beneficiario

jairo

Tipo de beneficiario

PERSONA

Titular de la cuenta

JAIRO ANDRES BAUTE OÑATE

Tipo identificación beneficiario

Cédula de ciudadanía

Número identificación beneficiario

1065809168

Banco del beneficiario

BANCOLOMBIA

Monto

$3.000.000,00

Moneda

COP

Descripción

PAGO DE CTA 2DE6 C085
2026 JAIRO BAUTE

Referencia del pago

-

Fecha de aplicación

10/ABR/2026 | 12:00:00 A. M.

Estado de operación

Aceptado

Número de operación

bd2d2f77-c1f4-456c-8957-f798fceba6de

Dirección IP

181.49.99.237

Número de sistema

122026100435485

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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