	CUENTA DE COBRO	VIGENCIA:	001
	GESTIÓN FINANCIERA	FECHA:	3/02/2026

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

DEBE A:

NOMBRE: **JUAN CAMILO LACOUTURE PINTO**

IDENTIFICACIÓN: CC  NIT  NUMERO **1003383963** DV **0** DE **VALLEDUPAR**

LA SUMA DE:  
(LETRAS) **TRES MILLONES DE PESOS**

(NUMEROS) \$ **3.000.000**

POR CONCEPTO DE:  
CONTRATO No. **C-064-2026** 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: **16/02/2026** y **15/03/2026**

FECHA: **6/04/2026**

DIRECCIÓN: **CONJUNTO CERRADO LOS CORALES CASA 17A**

CIUDAD/MUNICIPIO DONDE SE PRESTA EL SERVICIO: **VALLEDUPAR, CESAR**

CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA CIU- DE ESTE COBRO (en caso de no señalarla se aplicará la retención máxima vigente): **8299**

TELÉFONO **3186881065**

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 baja 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


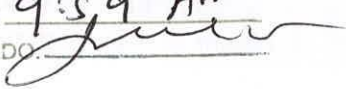
Manifiesto libre y voluntariamente que: La(s) persona(s) relacionadas(s) a continuación se encuentran bajo mi responsabilidad y dependencia económica y mensualmente mis gastos ascienden a la suma de \$

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 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: **6-04-2026**  
 HORA: **9:59 AM**  
 RECIBIDO: 



ASAMBLEA DEL CESAR

**INFORME DE ACTIVIDADES**

INFORME 02

064 002 06042026

Versión Doc.: 02

Fecha: 03/02/2026

Páginas:  
Página 2 de 2

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyé en la circulación de la invitación especial con ocasión del aniversario del fallecimiento de Jorge Oñate, recibida el día 25 de febrero de 2026, dirigida a todos los miembros de la Mesa Directiva.</li> </ul>
6	Apoyar con el seguimiento, control, acompañamiento y gestión a los proyectos de ordenanza y ordenanzas departamentales que tengan inherencia en el marco de cumplimiento del plan de desarrollo Departamental y Nacional.	No fui requerido en esta actividad
7	Las demás que sean propias del objeto contractual y le sean solicitadas por el supervisor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayude a Organizar las carpetas y Hojas de Vidas de los Diputados Miguel Angel Gutierrez, Jose Mario Barriga, Camilo Andres Lacouture en la Secretaria General</li> </ul>
8	Publicar a través de la plataforma del SECOP II los impuestos y estampillas de ley que se deben cancelar por el contrato.	Publiqué en la plataforma del SECOP II los impuestos con referencia de garantía 47-46-10131275 y los impuestos con número de liquidación 32604026959 correspondiente al contrato 064 del 16 de enero del 2026.
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>

**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 APOORTE	PLANILLA N°	VALOR APOORTE	FECHA DE PAGO	MES AL QUE CORRESPONDE EL APOORTE
SALUD	36836985	\$ 890.300	25/03/2026	FEBRERO
PENSIÓN	36836985	\$ 1.061.700	25/03/2026	FEBRERO
ARL	36836985	\$ 34.700	25/03/2026	FEBRERO

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 (Planilla pagada)
- Informe de Actividades
- Informe de supervisión
- Pago en físico de la seguridad social

**JUAN CAMILO LACOUTURE PINTO**

Contratista

Dirección: Calle 16 # 12 - 120 - Edificio Alfonso López Michelsen – Código Postal: 200001

- asambleacesar.gov.co · secreasambleacesar@gmail.com -

Líneas de Atención a la Ciudadanía: 5743370

Valledupar - Cesar – Colombia

RESUMEN PLANILLA PAGADA



DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1003383963	0	JUAN CAMILO LACOUTURE PINTO	I	0	POSITIVA - 14-23	UNICA	6299	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES	
20-1	CJ CERRADO LOS CORALES CS 17		3186881065		JLACOUTUREP@HOTMAIL.COM		N	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-02	2026-02	36836985	I	2026-03-25	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	1.966.700	15.400	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
2	36836985	2026-03-13	Pagada							

EMPLEADO				NOVEDADES														DÍAS				PENSIÓN				SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN	Total		Exento de Parafiscales	Actividad Económica						
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TAE	TAP	VAP	VTE	VTA	VIA	LVG	AVP	VOT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot	ARL	IBC	Cot	Cot	Cot	Cot	Tip. Cot. Din. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica				
1	CC 1003383963	LACOUTURE PINTO JUAN CAMILO	1.750.905							X									30	30	0	30	COLPENSION ES-25-14	6.584.000	1.053.500	0		SALUD TOTAL-EPS002	6.584.000	823.000			SIN CCF-SINCCF	0	0	6.584.000	34.400	0,00522	0	0	0	0	0	58	0	1.910.900	N	1701001	
2	RC 1137879014	EADENA PINTO MARLEJOSE	0																0	30	0	0	SIN AFF-SIN AFF	0	0	0	0	SALUD TOTAL-EPS002	0	0			SIN CCF-SINCCF	0	0	0	0	0	0,00000	0	0	0	0	0	40	0	0	N	0

RESUMEN PLANILLA PAGADA



DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1003383963	0	JUAN CAMILO LACOUTURE PINTO	I	0	POSITIVA - 14-23	UNICA	6299	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES	
20-1	CJ CERRADO LOS CORALES CS 17		3186881065		JLACOUTUREP@HOTMAIL.COM		N	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-02	2026-02	36836985	I	2026-03-25	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	1.966.700	15.400	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
2	36836985	2026-03-13	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
6.584.000	6.584.000	6.584.000	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	1.053.500	0	8.200	0	1.061.700
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	1	1.053.500	0	8.200	0	1.061.700
EPS(Administradoras: 1)				1	823.000	60.400	6.900	0	890.300
SALUD TOTAL	EPS002	800130907	4	1	823.000	60.400	6.900	0	890.300
ARP(Administradoras: 1)				1	34.400	0	300	0	34.700
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	34.400	0	300	0	34.700
Gran Total					1.910.900	60.400	15.400	0	1.986.700



ASAMBLEA DEL CESAR

**INFORME DE SUPERVISION**  
**INFORME 02**

064 002 06 04 2026

Versión Doc.: 02

Fecha: 03/02/2026

Páginas:  
Página 1 de 2**DATOS GENERALES**

Número del Proceso	CD-064-2026	Número del Contrato	C-064-2026	Cuenta	02 de 6
--------------------	-------------	---------------------	------------	--------	---------

Modalidad de Contratación	Tipo de Contratación	Justificación de la modalidad
CONTRATACION DIRECTA	PRESTACION DE SERVICIOS	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Contratista	JUAN CAMILO LACOUTURE PINTO	
CC o NIT	1.003.383.963	
Contratante	ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR	
Representante Legal	MIGUEL ANGEL GUTIERREZ RAMIREZ	
Fecha de Suscripción	15/01/2026	
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR APOYO EN LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LA ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL CESAR.	
Plazo Inicial del contrato	SEIS (06) MESES	
Fecha de Inicio	16/01/2026	
Fecha Terminación	15/07/2025	
Valor Inicial del Contrato	\$18.000.000.00	
Valor Mensual	\$3.000.000.00	
Forma de Pago	SEIS (06) pagos de mensualidades vencidas por el monto de TRES MILLONES PESOS (\$3.000.000.00)	
Supervisor - Presidente	LEMIR ALFONSO BECERRA GOMEZ – SECRETARIO GENERAL ASAMBLEA DEPARTAMENTAL.	

**DATOS FINANCIEROS**

Certificado de disponibilidad presupuestal y Registro Presupuestal

INICIAL	Tipo	código	Fecha	Rubro	Valor
	CDP	001	07/01/2026	2.1.2.02.02.008 Servicios prestados a las empresas y servicios de producción.	\$1.973.939.465
	RP	058	16/01/2026	2.1.2.02.02.008.03 Servicios prestados a las empresas y servicios de producción.	\$18.000.000

**GARANTÍAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (SOLICITADAS EN EL CONTRATO)**

INICIAL	Aseguradora	NO. De Póliza	Amparo	V. Asegurado	Vigencia
AL	SEGUROS DEL ESTADO 860009578-6	47-46-10131275	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	\$1.800.000	15/01/2026 16/11/2026

APROBACIÓN DE LAS GARANTIAS CO1.WRT.18986436 DEL 16 DE ENERO DE 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	36836985	\$ 890.300	25/03/2026	FEBRERO
PENSIÓN	36836985	\$ 1.061.700	25/03/2026	FEBRERO
ARL	36836985	\$ 34.700	25/03/2026	FEBRERO

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



ASAMBLEA DEL CESAR

# INFORME DE SUPERVISION INFORME 02

064 002 0604 2026

Versión Doc.: 02  
Fecha: 03/02/2026  
Páginas:  
Página 2 de 2

Si  No

Presento el informe correspondiente al periodo comprendido 16 de Febrero al 15 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  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
058 -2026	2.1.2.02.02.008.03 Servicios prestados a las empresas y servicios de producción.	C-064-2026	\$3.000.000.00
Total			\$3.000.000.00

Por concepto de las actividades adelantadas en el Periodo comprendido del 16 de Febrero al 15 de Marzo de 2026, correspondiente al Informe de actividades N° 02, de acuerdo al contrato C-064-2026.

### Observaciones:

**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 seis (06) días del mes de Abril de 2026.

  
**LEMIR ALFONSO BECERRA GOMEZ**  
SECRETARIO GENERAL

## Comprobante de pago de nómina

ASAMBLEA DEL DEPARTAMENTO DEL | NIT 824.003.142-0

**Cuenta origen**

Cuenta de Ahorros - \*\*\*\*\*0128 - COP

**Perfil del beneficiario**

JUAN CAMILO LACOUTURE PINTO

**Titular de la cuenta**

JUAN CAMILO LACOUTURE PINTO

**Cuenta destino**

Cuenta de ahorros - \*\*\*\*\*9570 - COP

**Tipo de beneficiario**

PERSONA

**Tipo identificación beneficiario**

Cédula de ciudadanía

**Número identificación beneficiario**

1003383963

**Banco del beneficiario**

DAVIVIENDA

**Monto**

\$2.370.000,00

**Moneda**

COP

**Descripción**

PAGO CTA 2DE6 C 064 2026

JUAN LACOUTURE

**Referencia del pago**

-

**Fecha de aplicación**

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

**Estado de operación**

Acceptado

**Número de operación**

59222e10-e263-4054-947f-b6a7db863d3b

**Dirección IP**

181.49.99.237

**Número de sistema**

122026100435016

VIGILADO  
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA  
DE COLOMBIA

