

Base de aportes

\$3.855.987

Aportes de salud, pensión y ARL respectivos.

Salud (EPS)	12.5%
Pensión (AFP)	16%
Riesgos laborales (ARL)riesgo I	<u>0.522%</u>
	29.022%

$\$3.855.987 \times 29.022\% = 1.119.085$

Total, a pagar


\$ 1.119.085

Por lo anteriormente descrito se cotizará y se anexará la respectiva planilla para su pago.

Para constancia de lo anterior, se firma en la ciudad de Ansermanuevo Valle, a los 23 días del mes de abril del año 2026.

Cordialmente,


JAIRO HERNAN GIRALDO RIVERA
CC: 1.097.033.200
Contratista


LUIS ALBERTO SOTO JIMENEZ
Contador
TP: 203596-T

Ansermanuevo, Abril de 2026

Señores

MUNICIPIO DE ANSERMANUEVO

Alcaldía Municipal

ASUNTO: CERTIFICACION INGRESOS BASE DE COTIZACION – Resolución 209 del 12 de febrero de 2020 expedida por la UGPP

Los suscritos JAIRO HERNAN GIRALDO RIVERA identificado con cédula de ciudadanía No.1.097.033.200 y LUIS ALBERTO SOTO JIMENEZ contador público, portador del documento de identidad No. 6.119.625 y de la tarjeta profesional No. 203596-T actuando en mi calidad de contador público, bajo gravedad de juramento manifestamos que el señor JAIRO HERNAN GIRALDO RIVERA como persona natural residente en Colombia y acogido a la presunción de costos según actividad del 75.9% correspondiente según la UGPP a “Comercio al por mayor y al por menor” Venta de semillas, para trabajadores independientes por cuenta propia y trabajadores independientes con contratos diferentes a prestación de servicios personales en la Resolución 209 del 12 de febrero de 2020 expedida por la UGPP, certifico que el ingreso base de cotización correspondiente al mes de Junio del año 2024.

Para efectos de la aplicación, relaciono a continuación el valor de la presunción de costos del valor del componente de repuestos los gastos generados.

Valor componente incluye IVA:

$$\text{\$ } 39.999.866 \times 75.9\% = \text{\$ } 30.359.898$$

Su IBC calculado es: (Ingresos - Costos) x 40%

$$(\text{\$ } 39.999.866 - \text{\$ } 30.359.898) \times 40\%$$


$$9.639.968 \times 40\% = 3.855.987$$

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **6.119.625**
SOTO JIMENEZ

APELLIDOS
LUIS ALBERTO

NOMBRES

FIRMA 




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-NOV-1984**
ANSERMANUEVO
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 **A+** **M**
ESTATURA G S RH SEXO

25-NOV-2002 ANSERMANUEVO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACIA



A-3101000-00785458-M-0006119635-20160203 0048230684A 1 45206610

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industrial y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

203596-T

LUIS ALBERTO SOTO JIMENEZ
C.C. 6119823
RESOLUCION INSCRIPCION 347 **FECHA 30/06/2015**
UNIVERSIDAD COOP. UNIV. REMINGTON

DIRECTOR GENERAL 


JULIO CESAR ACUÑA GONZALEZ Z16799



205782

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como
CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en
la ley 43 de 1990.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse
al PBX: 644 44 50 o devolverla a la UAE - Junta Central de
Contadores a la calle 96 No. 9A - 2ª Bogotá D.C.



UNIDAD
ADMINISTRATIVA
ESPECIAL

**JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES**



Certificado No:

1 2 7 A 5 5 0 5 E B 0 1 0 0 4 2

**LA REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

**CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE**

Que el contador público **LUIS ALBERTO SOTO JIMENEZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 6119625 de ANSERMANUEVO (VALLE DEL CAUCA) Y Tarjeta Profesional No 203596-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS *****

Dado en BOGOTA a los 27 días del mes de Marzo de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.


SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado



**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO**



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1097033200
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	JAIRO HERNAN GIRALDO RIVERA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	ANSERMANUEVO DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CALLE 3 2-78 TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4834556645	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN MES: abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9998234667

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL					
				TOTALES	
				COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8002297390	230201	230201- PROTECCION		1	\$ 617.000
SUBTOTAL:				1	\$ 617.000
SALUD					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS		1	\$ 482.000
SUBTOTAL:				1	\$ 482.000
RIESGOS PROFESIONALES					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8600025032	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.		1	\$ 20.200
SUBTOTAL:				1	\$ 20.200

VALOR SIN MORA:	\$ 1.119.200
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 1.119.200

**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL**



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
TIPO IDENTIFICACION: NOMBRE O RAZON SOCIAL: CIUDAD/MUNICIPIO DIRECCION: TIPO EMPRESA: FORMA DE REPRESENTACION: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEMA E ICDF (REFORMA TRIBUTARIA).	CEDULA DE CIUDADANIA: ANSEMARALEYO CALLE 3-2-76 02-INDEPENDIENTE UNICO	NUMERO PLANILLA: PERIODO COTIZACION OTROS: FECHA PAGO (formato mm/aa):	TIPO DE PLANILLA: PERIODO COTIZACION SALUD: NUMERO AUTORIZACION:
NUMERO DE IDENTIFICACION: 4834556645	ANHO: 2026	MESES: 07	VALOR PAGADO: \$ 617.000
CIUDAD/MUNICIPIO: DIRECCION: TIPO EMPRESA: FORMA DE REPRESENTACION:	DEPARTAMENTO: TELEFONO: CLASE APORTANTE: ACTIVIDAD ECONOMICA:	MESES: 07	VALOR PAGADO: \$ 617.000
CIUDAD/MUNICIPIO: DIRECCION: TIPO EMPRESA: FORMA DE REPRESENTACION:	DEPARTAMENTO: TELEFONO: CLASE APORTANTE: ACTIVIDAD ECONOMICA:	MESES: 07	VALOR PAGADO: \$ 617.000

DATOS DEL APORTANTE		DATOS DEL APORTANTE	
TIPO IDENTIFICACION: NOMBRE O RAZON SOCIAL: CIUDAD/MUNICIPIO DIRECCION: TIPO EMPRESA: FORMA DE REPRESENTACION: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEMA E ICDF (REFORMA TRIBUTARIA).	CEDULA DE CIUDADANIA: ANSEMARALEYO CALLE 3-2-76 02-INDEPENDIENTE UNICO	NUMERO PLANILLA: PERIODO COTIZACION OTROS: FECHA PAGO (formato mm/aa):	TIPO DE PLANILLA: PERIODO COTIZACION SALUD: NUMERO AUTORIZACION:
NUMERO DE IDENTIFICACION: 4834556645	ANHO: 2026	MESES: 07	VALOR PAGADO: \$ 617.000
CIUDAD/MUNICIPIO: DIRECCION: TIPO EMPRESA: FORMA DE REPRESENTACION:	DEPARTAMENTO: TELEFONO: CLASE APORTANTE: ACTIVIDAD ECONOMICA:	MESES: 07	VALOR PAGADO: \$ 617.000
CIUDAD/MUNICIPIO: DIRECCION: TIPO EMPRESA: FORMA DE REPRESENTACION:	DEPARTAMENTO: TELEFONO: CLASE APORTANTE: ACTIVIDAD ECONOMICA:	MESES: 07	VALOR PAGADO: \$ 617.000

TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A PENSION	
APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	COTIZANTE	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	COTIZANTE
\$ 617.000	\$ 617.000	\$ 617.000	\$ 617.000
TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD	
LICENCIA MATERIDAD	SALDO A FAVOR	LICENCIA MATERIDAD	SALDO A FAVOR
\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
INCAPACIDAD IMP	PAGO A OTROS RIESGOS	INCAPACIDAD IMP	PAGO A OTROS RIESGOS
\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD	
LICENCIA MATERIDAD	SALDO A FAVOR	LICENCIA MATERIDAD	SALDO A FAVOR
\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
INCAPACIDAD IMP	PAGO A OTROS RIESGOS	INCAPACIDAD IMP	PAGO A OTROS RIESGOS
\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

DATOS DEL COTIZANTE		DATOS DEL COTIZANTE	
TIPO IDENTIFICACION: NOMBRE O RAZON SOCIAL: CIUDAD/MUNICIPIO DIRECCION: TIPO EMPRESA: FORMA DE REPRESENTACION: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEMA E ICDF (REFORMA TRIBUTARIA).	CEDULA DE CIUDADANIA: ANSEMARALEYO CALLE 3-2-76 02-INDEPENDIENTE UNICO	NUMERO PLANILLA: PERIODO COTIZACION OTROS: FECHA PAGO (formato mm/aa):	TIPO DE PLANILLA: PERIODO COTIZACION SALUD: NUMERO AUTORIZACION:
NUMERO DE IDENTIFICACION: 4834556645	ANHO: 2026	MESES: 07	VALOR PAGADO: \$ 617.000
CIUDAD/MUNICIPIO: DIRECCION: TIPO EMPRESA: FORMA DE REPRESENTACION:	DEPARTAMENTO: TELEFONO: CLASE APORTANTE: ACTIVIDAD ECONOMICA:	MESES: 07	VALOR PAGADO: \$ 617.000
CIUDAD/MUNICIPIO: DIRECCION: TIPO EMPRESA: FORMA DE REPRESENTACION:	DEPARTAMENTO: TELEFONO: CLASE APORTANTE: ACTIVIDAD ECONOMICA:	MESES: 07	VALOR PAGADO: \$ 617.000

TOTAL PAGADO: \$ 1.119.200