



## **CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES**

### **FORMATO CERTIFICACIÓN POR PERSONA JURÍDICA (ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002)**

El suscrito LISSETTE JULIAO QUINTERO identificado con la Cedula de Ciudadanía No. 32581182, certifico que la sociedad DISTRIBUIDORA AGROPECUARIA NUESTRO CAMPO LTDA, identificada con NIT. 900348394-6 en mi condición de Representante Legal de la referida empresa, debidamente inscrita en la Cámara de Comercio de Santa Marta; luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia y los estados financieros de la compañía, bajo la gravedad de juramento certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción (artículo 65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983).

Los referidos aportes fueron pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses, contados a partir de la fecha de cierre del presente procedimiento de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Lo anterior, para dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y la Ley 1150 de 2007.

La presente se expide a los 21 días del mes de noviembre del año 2025

*Lissette Juliao Q.*

Atentamente,  
LISSETTE JULIAO QUINTERO  
C.C. 32581182  
Representante Legal



DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900348394-6	DISTRIBUIDORA AGROPECUARIA NUESTRO CAMPO LTDA		CALLE 60 No. 44B-26	6053708877	distriagrocampo@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
CONVENIO	B – menos de 200 c			ATLÁNTICO	BARRANQUILLA	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-10	2025-09	\$1.463.500				

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	228.000	0		0		0	13	1.900	0	229.900	4

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
231001	Colfondos	800227940-6	911.200	0	0	0	0	13	7.400	0	918.600	4	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	84.400				84.400	13	700	85.100			844	85.100	4

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF05	Cajacopi Atlántico	890102044-1	228.000	13	1.900	229.900	4

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	13	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	13	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	228.000	229.900
Pensión	1	911.200	918.600
Riesgos Laborales	1	84.400	85.100
CCF	1	228.000	229.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>1.451.600</b>	<b>1.463.500</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900348394-6	DISTRIBUIDORA AGROPECUARIA NUESTRO CAMPO LTDA		CALLE 60 No. 44B-26	6053708877	distriagocampo@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
CONVENIO	B – menos de 200 c			ATLÁNTICO	BARRANQUILLA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-10	2025-09	E	05/11/2025	90549416	\$1.463.500	

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjugo	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TAP	TAP	VSP	VST	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	32581182	JULIAO QUINTERO LISSETTE	1	0		S																		231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS010	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF05	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0	0
2	CC	55306823	IBARRA MAURY ANA BEATRIZ	1	0		S																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS010	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	1	7.500	CCF05	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0	0	
3	CC	72292989	BENITEZ MAURY DAVID ALFREDO	1	0		S																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS010	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF05	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0	0	
4	CC	72307793	DE LA HOZ HERNANDEZ TONY RAFAEL	1	0		S																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS010	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	1	7.500	CCF05	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0	0	

PAGADA



## **CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES**

### **FORMATO CERTIFICACIÓN POR PERSONA JURÍDICA (ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002)**

El suscrito LISSETTE JULIAO QUINTERO identificado con la Cedula de Ciudadanía No. 32581182, certifico que la sociedad DISTRIBUIDORA AGROPECUARIA NUESTRO CAMPO LTDA, identificada con NIT. 900348394-6 en mi condición de Representante Legal de la referida empresa, debidamente inscrita en la Cámara de Comercio de Santa Marta; luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia y los estados financieros de la compañía, bajo la gravedad de juramento certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción (artículo 65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983).

Los referidos aportes fueron pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses, contados a partir de la fecha de cierre del presente procedimiento de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Lo anterior, para dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y la Ley 1150 de 2007.

La presente se expide a los 21 días del mes de noviembre del año 2025

*Lissette Juliao Q.*

Atentamente,  
LISSETTE JULIAO QUINTERO  
C.C. 32581182  
Representante Legal



DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900348394-6	DISTRIBUIDORA AGROPECUARIA NUESTRO CAMPO LTDA		CALLE 60 No. 44B-26	6053708877	distriagrocampo@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
CONVENIO	B – menos de 200 c			ATLÁNTICO	BARRANQUILLA	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-09	E	05/11/2025	90549416	\$1.463.500	

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

### TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	228.000	0		0		0	13	1.900	0	229.900	4

### TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	911.200	0	0	0	0	13	7.400	0	918.600	4

### TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	84.400				84.400	13	700	85.100			844	85.100	4

### TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF05	Cajacopi Atlántico	890102044-1	228.000	13	1.900	229.900	4

### TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	13	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	13	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

### TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	228.000	229.900
Pensión	1	911.200	918.600
Riesgos Laborales	1	84.400	85.100
CCF	1	228.000	229.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>1.451.600</b>	<b>1.463.500</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900348394-6	DISTRIBUIDORA AGROPECUARIA NUESTRO CAMPO LTDA		CALLE 60 No. 44B-26	6053708877	distriagocampo@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
CONVENIO	B – menos de 200 c			ATLÁNTICO	BARRANQUILLA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
					EMPLADOS	UPC	
					4	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-09	E	05/11/2025	90549416	\$1.463.500		

**DETALLE POR COTIZANTE**

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjugo	Exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TAP	TAP	VSP	VST	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	32581182	JULIAO QUINTERO LISSETTE	1	0		S																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS010	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF05	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
2	CC	55306823	IBARRA MAURY ANA BEATRIZ	1	0		S																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS010	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	1	7.500	CCF05	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
3	CC	72292989	BENITEZ MAURY DAVID ALFREDO	1	0		S																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS010	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF05	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
4	CC	72307793	DE LA HOZ HERNANDEZ TONY RAFAEL	1	0		S																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS010	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	1	7.500	CCF05	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0

PAGADA



## **CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES**

### **FORMATO CERTIFICACIÓN POR PERSONA JURÍDICA (ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002)**

El suscrito LISSETTE JULIAO QUINTERO identificado con la Cedula de Ciudadanía No. 32581182, certifico que la sociedad DISTRIBUIDORA AGROPECUARIA NUESTRO CAMPO LTDA, identificada con NIT. 900348394-6 en mi condición de Representante Legal de la referida empresa, debidamente inscrita en la Cámara de Comercio de Santa Marta; luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia y los estados financieros de la compañía, bajo la gravedad de juramento certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción (artículo 65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983).

Los referidos aportes fueron pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses, contados a partir de la fecha de cierre del presente procedimiento de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Lo anterior, para dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y la Ley 1150 de 2007.

La presente se expide a los 21 días del mes de noviembre del año 2025

*Lissette Juliao Q.*

Atentamente,  
LISSETTE JULIAO QUINTERO  
C.C. 32581182  
Representante Legal



DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900348394-6	DISTRIBUIDORA AGROPECUARIA NUESTRO CAMPO LTDA		CALLE 60 No. 44B-26	6053708877	distriagrocampo@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
CONVENIO	B – menos de 200 c			ATLÁNTICO	BARRANQUILLA	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-10	2025-09	\$1.463.500				

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

### TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	228.000	0		0		0	13	1.900	0	229.900	4

### TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	911.200	0	0	0	0	13	7.400	0	918.600	4

### TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	84.400				84.400	13	700	85.100			844	85.100	4

### TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF05	Cajacopi Atlántico	890102044-1	228.000	13	1.900	229.900	4

### TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	13	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	13	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

### TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	228.000	229.900
Pensión	1	911.200	918.600
Riesgos Laborales	1	84.400	85.100
CCF	1	228.000	229.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>1.451.600</b>	<b>1.463.500</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900348394-6	DISTRIBUIDORA AGROPECUARIA NUESTRO CAMPO LTDA		CALLE 60 No. 44B-26	6053708877	distriagocampo@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
CONVENIO	B – menos de 200 c			ATLÁNTICO	BARRANQUILLA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-10	2025-09	E	05/11/2025	90549416	\$1.463.500	

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjugo	Exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TAP	TAP	VSP	VST	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	32581182	JULIAO QUINTERO LISSETTE	1	0		S																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS010	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF05	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0	0
2	CC	55306823	IBARRA MAURY ANA BEATRIZ	1	0		S																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS010	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	1	7.500	CCF05	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0	0
3	CC	72292989	BENITEZ MAURY DAVID ALFREDO	1	0		S																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS010	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF05	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0	0
4	CC	72307793	DE LA HOZ HERNANDEZ TONY RAFAEL	1	0		S																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS010	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	1	7.500	CCF05	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0	0

PAGADA



## CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES

### FORMATO CERTIFICACIÓN POR PERSONA JURÍDICA (ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002)

El suscrito LISSETTE JULIAO QUINTERO identificado con la Cedula de Ciudadanía No. 32581182, certifico que la sociedad DISTRIBUIDORA AGROPECUARIA NUESTRO CAMPO LTDA, identificada con NIT. 900348394-6 en mi condición de Representante Legal de la referida empresa, debidamente inscrita en la Cámara de Comercio de Santa Marta; luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia y los estados financieros de la compañía, bajo la gravedad de juramento certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción (artículo 65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983).

Los referidos aportes fueron pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses, contados a partir de la fecha de cierre del presente procedimiento de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Lo anterior, para dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y la Ley 1150 de 2007.

La presente se expide a los 26 días del mes de AGOSTO del año 2025

*Lisette Juliao Q.*

Atentamente,  
LISSETTE JULIAO QUINTERO  
C.C. 32581182  
Representante Legal



DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900348394-6	DISTRIBUIDORA AGROPECUARIA NUESTRO CAMPO LTDA		CALLE 60 No. 44B-26	6053708877	distriagrocampo@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
CONVENIO	B – menos de 200 c			ATLÁNTICO	BARRANQUILLA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
					EMPLEADOS	UPC	
					4	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	27/08/2025	88954043	\$1.452.700		

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	228.000	0		0		0	1	200	0	228.200	4

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
231001	Colfondos	800227940-6	911.200	0	0	0	0	1	600	0	911.800	4	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	84.400				84.400	1	100	84.500			844	84.500	4

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF05	Cajacopi Atlántico	890102044-1	228.000	1	200	228.200	4

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	228.000	228.200
Pensión	1	911.200	911.800
Riesgos Laborales	1	84.400	84.500
CCF	1	228.000	228.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>1.451.600</b>	<b>1.452.700</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900348394-6	DISTRIBUIDORA AGROPECUARIA NUESTRO CAMPO LTDA		CALLE 60 No. 44B-26	6053708877	distriagocampo@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
CONVENIO	B – menos de 200 c			ATLÁNTICO	BARRANQUILLA	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-08	2025-07	E	27/08/2025	88954043	\$1.452.700	

DETALLE POR COTIZANTE																																													
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjugo	Exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TAP	TAP	VSP	VST	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	55306823	IBARRA MAURY ANA BEATRIZ	1	0		S																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS010	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	1	7.500	CCF05	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
2	CC	72307793	DE LA HOZ HERNANDEZ TONY RAFAEL	1	0		S																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS010	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	1	7.500	CCF05	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
3	CC	32581182	JULIAO QUINTERO LISSETTE	1	0		S																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS010	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF05	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
4	CC	72292989	BENITEZ MAURY DAVID ALFREDO	1	0		S																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS010	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF05	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0

PAGADA