

**FORMULARIO
CERTIFICADO DE APORTES PARAFISCALES PERSONA JURIDICA**

Ley 1150 de 2007, artículo 23 inciso 2

Yo **RUBEN WILCHES MARTINEZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. **79.055.596 de Bogotá D.C.**, en mi calidad de **REPRESENTANTE LEGAL** de la empresa **DISTRICONSUMOS S.A.S.**, con NIT No. **901.278.363-0**, manifiesto, que la empresa ha cumplido durante los seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre del presente proceso de selección, con los pagos al Sistema de Seguridad Social en salud, pensiones y riesgos profesionales y con los aportes parafiscales correspondientes a todos los empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaro que la empresa se encuentra a PAZ Y SALVO con las Empresas Promotoras de Salud-EPS-, los Fondos de Pensiones, las Administradoras de Riesgos Profesionales –ARP-, las Caja de Compensación Familiar, el Instituto de Bienestar Familiar –ICBF- y el Servicio Nacional de Aprendizaje –SENA-

La presente se expide a los veintisiete (27) días del mes de mayo (05) de 2026.

EL OFERENTE:



Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: **DISTRICONSUMOS SAS**

Identificación (NIT X C.C C.E): **901.278.363-0**

Nombre Representante Legal: **RUBEN WILCHES MARTINEZ**

Identificación (C.C X C.E.): **79.055.596 de Bogotá D.C.**

Dirección: **CARRERA 97 No. 63-43 Piso 5°**

Teléfono: **322-3875395**

Email: propuestas.distri@gmail.com

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901278363-0	DISTRI CONSUMOS SAS		CI 8 21 15	3232898453	gerencia@districonsumos.com.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	C - MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		70175548	17/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	E	\$1,800,000	\$441.900	

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	72.000	0		0		0	1	100	0	72.100	1

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	
230301	Porvenir	800224808-8	288.000	0	0	0	0	1	200	0	288.200	1	

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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	9.400				9.400	1	100	9.500			94	9.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	72.000	1	100	72.100	1

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	72.000	72.100
Pensión	1	288.000	288.200
Riesgos Laborales	1	9.400	9.500
CCF	1	72.000	72.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	441.400	441.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901278363-0	DISTRICONSUMOS SAS		CI 8 21 15	3232898453	gerencia@districonsumos.com.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	C - MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		70175548	17/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	E	\$1,800,000	\$441.900	


DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES														
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Extranjero	Colom. anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TDE	TDP	TAP	VP	SN	ICE	LMA	VAC	APP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 29125741	MENDEZ RUIZ SANDRA MILENA	1	0			S																230301	1.800.000	30	288.000	0	0	0	0	EPS010	1.800.000	30	72.000	14-11	1.800.000	30	9.400	CCF22	1.800.000	30	72.000	0	0	0	0	0

PAGADA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
 CEDULA DE CIUDADANIA


NUMERO **1.014.195.608**
VARGAS MONTAÑEZ
 APELLIDOS
HELMAN ARIEL
 NOMBRES
 FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO **10-OCT-1988**
GUAYATA
 (BOYACA)
 LUGAR DE NACIMIENTO
1.80 **O+** **M**
 ESTATURA G. S. RH SEXO
01-NOV-2006 BOGOTA D.C.
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
 CARLOS ABIEL SANCHEZ TORRES




A-1500150-00221617-M-1014195608-20100308 0021500416A 1 34107466

Republica de Colombia
 Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
178437-T

HELMAN ARIEL
VARGAS MONTAÑEZ
 C.C. 1014195608
 RESOLUCION INSCRIPCION 237 FECHA 30/05/2013
 UNIVERSIDAD FUHD UNIV. LOS LIBERTADORES

PRESIDENTE
 LUIS EDUARDO FORERO VARGAS 189867



107002

Esta tarjeta es el unico 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 - 21 Bogota D.C.



www.idcqs.com

UNIDAD
ADMINISTRATIVA
ESPECIAL

**JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES**



Certificado No:

404053E1621FBF01

**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 **HELMAN ARIEL VARGAS MONTAÑEZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1014195608 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 178437-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 30 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