**CERTIFICADO DE PERSONAL EN SITUACION DE DISCAPACIDAD Y PLANTA DE PERSONAL**

Yo **JORGE GOMEZ FALLA** y **JESUS PANCRACIO PARDO LLAMAS**, domiciliados en la ciudad de Bogotá D.C., identificados como aparece al pie de nuestras firmas; obrando en calidad de representante legal y revisor fiscal respectivamente, de **GNG INGENIERIA S.A.S.**, quien en adelante se denominará integrante del PROPONENTE, manifiesto que cuento con un mínimo del 10% de empleados vinculados en nómina en condición de discapacidad en atención a lo descrito en la Ley 361 de 1997, los cuales fueron contratados con un año de anterioridad a la fecha de cierre, con respecto a los cuales la entidad se compromete a mantener su condición laboral durante mínimo el término de duración del contrato y un año más.

En constancia de lo anteriormente expuesto manifiesto que la información relacionada en este documento corresponde fiel e integralmente con la certificación emitida por la oficina de trabajo correspondiente.

Así mismo, certificamos que **GNG INGENIERIA S.A.S** cuenta con un número total de trabajadores vinculados a la planta personal correspondiente a *Trece (13)* personas, de las cuales *cuatro (4)* se encuentran en condición de discapacidad, a saber:

| | |
|---|---|
| **CLAUDIA MARCELA GARCIA ORTEGON** | **C.C. No. 35.250.788** |
| **NUBIA INES APONTE PAEZ** | **C.C. No. 24.218.926** |
| **MARELYS MARIA CASTRO ORTIZ** | **C.C. No. 32.896.938** |
| **LUZ MARINA ROZO SANCHEZ** | **C.C. No. 51.704.525** |

La aceptación de los compromisos descritos se firma en Bogotá, a los veintiún (21) días del mes de Agosto del 2019.

Atentamente,

Firma del Representante Legal.
**JORGE GOMEZ FALLA.**
C.C. No. 72.007.216 de Barranquilla.
Representante Legal.
**GNG INGENIERIA S.A.S.**
**NIT. 830.515.117 – 5.**

Firma del Revisor Fiscal.
**JESUS PANCRACIO PARDO LLAMAS.**
C.C. No. 73.090.339 de Cartagena.
**T.P. 52249 – T.**
Revisor Fiscal.
**GNG INGENIERIA S.A.S.**
**NIT. 830.515.117 – 5.**

# LA SUSCRITA DIRECTORA TERRITORIAL BOGOTÁ

## A QUIEN INTERESE

## HACE CONSTAR:

Que, realizado el examen de la documentación acreditada por el peticionario, en relación con la solicitud de expedición del certificado de vinculación de trabajadores con discapacidad, se evidencia lo siguiente:

| | | |
|---|---|---|
| **RADICADO:** | | 13816 |
| **FECHA RADICADO:** | | 3/05/2019 |
| **NOMBRE – RAZON SOCIAL:** | | GNG INGENIERIA SAS |
| **IDENTIFICACIÓN:** | | 830515117-5 |

| | |
|---|---|
| **A. NUMERO TOTAL DE TRABAJADORES:** | 13 |
| **B. NUMERO DE TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD:** *(Numeral 2 del Artículo 2.2.1.2.4.2.6 del Decreto 1082 de 2015), Decreto 0392/2018 Artículo 2.2.1.2.4.2.6.* | 4 |
| **C. NUMERO DE TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD CON MÁS DE UN AÑO DE VINCULACIÓN A LA EMPRESA:** *(Literal a Articulo 24 Ley 361 de 1997)* | 4 |
| **D. PORCENTAJE DE TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD CON MÁS DE UN AÑO DE VINCULACIÓN A LA EMPRESA:** *(C / A) x 100 - Escribir el porcentaje con un decimal.* | 30,77% |

**ADVERTENCIA:** Recuerde que, en caso de ser beneficiado con puntajes adicionales y/o preferencia en algún proceso de licitación pública, concurso de méritos, adjudicación y celebración de contratos, el número de trabajadores con discapacidad que dio lugar a la obtención del puntaje adicional de la oferta verificado por esta Dirección Territorial, deberá mantenerse como mínimo por un lapso igual al de la ejecución del contrato. Corresponderá a la entidad o empresa contratante verificar lo antes señalado, articulo 2.2.1.2.4.2.7 del Decreto 1082 de 2015, el Ministerio del Trabajo ejercerá la Inspección, Vigilancia y Control.

**OBSERVACIONES:** .....

**La vigencia de la presente constancia es de Seis (6) Meses contados a partir de la fecha de expedición y para su validez se debe dar estricto cumplimiento al artículo 2.2.1.2.4.2.7 del Decreto 1082 de 2015**

**Dado en, Bogotá D.C. el lunes, 10 de junio de 2019**

**DIANA ESPERANZA DÍAZ BARRAGÁN**

*Verificó y Elaboró: IVANEGAS.//*

# JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL ATLÁNTICO
## Formulario de Dictamen para la Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional

### 1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN

| | |
|---|---|
| Dictamen número | 22472 |
| Entidad remitente | TRAMITE PERICIAL (INCLUSION LABORAL) |
| Fecha de dictamen | 14/12/2016 |

### 2. INFORMACIÓN GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre de la entidad calificadora: | | JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL ATLÁNTICO | |
| Dirección: | Cra. 54 No. 58 - 78 Primer Piso | Teléfono | 3491206 |

### 3. DATOS PERSONALES DEL CALIFICADO

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre: | MARELYS MARIA CASTRO ORTIZ | | | | | | | C.C | 32896938 | | | | |
| Escolaridad | Primaria | | Secundaria | | Técnico | | Univer. | X | Analfa | | Otro | | |
| Estado civil | Soltero | | Casado | X | Viudo | | U.L | | Separado | | Otro | | |
| Genero | Masculino | | Femenino | X | | | | | | | | | |
| Lugar de nacimiento | MANATI (ATLANTICO) | | | | Fecha nacimiento | | 02/11/1979 | | | | Edad | 37 | |
| EPS | | | | | | AFP | | | | | | | |
| Dirección | DIAGONAL 71D N° 1A2-34 BARRIO DON BOSCO 4 - SOLEDAD | | | | Teléfono | | | 3004133808 | | | 3621951 | | |

### 4. ANTECEDENTES LABORALES

#### 4.1 ANTECEDENTES DE EXPOSICIÓN LABORAL

| EMPRESA | CARGO | RIESGOS | TIEMPO DE EXP (MESES) |
|---|---|---|---|
| Profesional | | | |
| | | | |
| | | | |

### 5. FUNDAMENTOS DE LA CALIFICACIÓN

#### 5.1 RELACIÓN DE DOCUMENTOS

| DOCUMENTO | SE TUVO EN CUENTA | JUSTIFICACIÓN |
|---|---|---|
| REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO | | |
| HISTORIA CLÍNICA COMPLETA | SI | |
| EPICRISIS O RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA | | |
| ACTA DE LEVANTAMIENTO DEL CÁDAVER | | |
| EXÁMENES PRE-OCUPACIONALES | | |
| CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN | | |
| ANÁLISIS DE PUESTO DE TRABAJO | | |
| EXÁMENES PARACLÍNICOS | SI | |
| EXÁMENES PERIÓDICOS OCUPACIONALES | | |
| EXÁMENES POST-OCUPACIONALES | | |
| CONCEPTO DE SALUD OCUPACIONAL | | |
| Otros | | |

#### 5.2 DIAGNOSTICO MOTIVO DE LA CALIFICACIÓN

| | |
|---|---|
| t136 | AMPUTACION TRAUMATICA DE MIEMBRO INFERIOR, NIVEL NO ESPECIFICADO |
| | |
| | |
| | |
| | |

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL ATLÁNTICO

Formulario de Dictamen para la Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional

| 5.3 EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO E INTERCONSULTAS PERTINENTES PARA CALIFICAR | |
|---|---|
| TIPO DE EXAMEN | RESULTADO |
| Fisistra Camilo pernett HC IPS Barranquilla Sur | Amputación traumatica de MII no especificado |
| | |
| | |
| | |

6. DESCRIPCIÓN DEL DICTAMEN

| TITULO PRIMERO DESCRIPCIÓN DE EFICIENCIAS | | |
|---|---|---|
| ORDEN DESCRIPCIÓN | VALOR | CAPÍTULO, NUMERAL, LITERAL TABLA |
| A - Amputación a nivel de tobillo tipo syme | 20,00 | Cap 14 tab 14,14 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| DEFICIENCIA TOTAL | 10,00 | |

| TITULO SEGUNDO CALIFICACIÓN DEL ROL LABORAL | | % |
|---|---|---|
| 1 | CLASIFICACIÓN DE LAS RESTRICCIONES EN EL ROL LABORAL | 10,00 |
| 2 | AUTOSUFICIENCIA ECONÓMICA | 1,50 |
| 3 | EDAD CRONOLÓGICA | 1,00 |
| | TOTAL ROL LABORAL | 12,50 |

| TITULO SEGUNDO CALIFICACIÓN OTRAS AREAS OCUPACIONALES | | % |
|---|---|---|
| 1 | APRENDIZAJE Y APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO | 0,00 |
| 2 | COMUNICACIÓN | 0,00 |
| 3 | MOVILIDAD | 1,70 |
| 4 | CUIDADO PERSONAL | 0,40 |
| 5 | VIDA DOMESTICA | 0,60 |
| | TOTAL OTRAS AREAS OCUPACIONALES | 2,70 |

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL ATLÁNTICO

Formulario de Dictamen para la Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional

| PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL U OCUPACIONAL | | | |
|---|---|---|---|
| DESCRIPCIÓN | PORCENTAJE | Requiere ayuda de terceros | No |
| I. DEFICIENCIA | 10,00 | Manual: Decreto 1507 de 2014 | |
| II. ROL LABORAL | 12,50 | | |
| III. OTRAS AREAS OCUPACIONALES | 2,70 | | |
| TOTAL | 25,20 | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estado de calificación | <5% | | IPP | X | Invalidez | | |
| Fecha Estructuración PCL | | | | | | | |

**7. CALIFICACIÓN ORIGEN**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Origen | Enf. Común | X | Enfermedad Laboral | | Accidente de Trabajo | | Accidente comun | | |

**9. RESPONSABLES DE LA CALIFICACIÓN**

JAIME ENRIQUE FAJARDO MOVILLA
M.D. PRINCIPAL T.P. 2779

MIGDONIA BOLAÑO ECHEVERRI
FT. PRINCIPAL T.P. 585

RAFAEL ALBERTO SENIOR SANCHEZ
M.D. PRINCIPAL T.P. 1488

NOTIFICADO PERSONALMENTE
EN FECHA
03 ENE. 2017
NOMBRE:
FIRMA:
NOTIFICADO POR:

Dictamen No. 22472 MARELYS MARIA CASTRO ORTIZ

13/12/2016 FUNDAMENTOS DE HECHO: Femenina de 37 años de edad, estado civil casada, sin hijos, vive en casa familiar, escolaridad profesional, ocupación abogada. DX MOTIVO DE CALIFICACION: AMPUTACION A NIVEL DE TOBILLO TIPO SYME. Resumen del caso: Paciente solicita calificación de PCLO para inclusión laboral, con antecedentes de hemangioma cavernoso desde hace 14 años, con múltiples tratamiento por cx vascular radioterapia, injertos, fisioterapia, sin mejoría, embolizacion por lo que requirió amputación syme hace 14 años, con prótesis desde entonces. Al examen físico: Ingresa por sus propios medios con cojera del MII, uso de prótesis, se observa muñón en buen estado, con ligera hipersensibilidad en prominencia óseo a nivel externo del muñón, importante hipotrofia en pierna izquierda, se observa callo hipercromico en cara anterior de la pierna por roce de la prótesis, paciente independiente en avd e instrumentales de la vida diaria. FEI: Evaluación junta (13/12/2016). FUNDAMENTOS DE DERECHO: Ley 100/93, Decreto-Ley 1295/94, Ley 1562/12, Decreto 1477/2014, Ley 776/02, Ley 962/05, DECRETO 1072/2015. SE CALIFICA CON DECRETO 1507/2014.-

Se aclara que el presente Dictamen no tiene validez ante proceso diferente para el que fue requerido, de conformidad a lo establecido por el Articulo 2.2.5.1.52 Decreto 1072 de 2015.-

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **32.896.938**

**CASTRO ORTIZ**
APELLIDOS

**MARELYS MARIA**
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-NOV-1979**

**MANATI**
**(ATLANTICO)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.79** ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

**29-ENE-1998 BARRANQUILLA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-0301300-22157412-F-0032896938-20070808 **04153** 07220A 02 230720125

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL ATLÁNTICO

Formulario de Dictamen para la Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional

**1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN**

| | |
|---|---|
| Dictamen número | 23676 |
| Entidad remitente | INCLUSION LABORAL |
| Fecha de dictamen | 23/05/2017 |

**2. INFORMACIÓN GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre de la entidad calificadora: | | JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL ATLÁNTICO | |
| Dirección: | Cra. 54 No. 58 - 78 Primer Piso | Teléfono | 3491206 |

**3. DATOS PERSONALES DEL CALIFICADO**

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre: | CLAUDIA MARCELA GARCIA ORTEGON | | | | | | C.C | 35250788 | | | | | |
| Escolaridad | Primaria | | Secundaria | | Técnico | | Univer. | X | Analfa | | Otro | | |
| Estado civil | Soltero | | Casado | X | Viudo | | U.L | | Separado | | Otro | | |
| Genero | Masculino | | Femenino | X | | | | | | | | | |
| Lugar de nacimiento | FUSAGASUGA (CUNDINAMARCA) | | Fecha nacimiento | 19/06/1980 | | | Edad | 36 | | | | | |
| EPS | | | AFP | | | | | | | | | | |
| Dirección | CARRERA 52 N° 132-67 BARRIO VILLA CAMPESTRE-CASA 11 B/QUILLA | | Teléfono | 3176700064 | | | | | | | | | |

**4. ANTECEDENTES LABORALES**

**4.1 ANTECEDENTES DE EXPOSICIÓN LABORAL**

| EMPRESA | CARGO | RIESGOS | TIEMPO DE EXP (MESES) |
|---|---|---|---|
| GNG Ingenieria SAS | | | |
| | | | |
| | | | |

**5. FUNDAMENTOS DE LA CALIFICACIÓN**

**5.1 RELACIÓN DE DOCUMENTOS**

| DOCUMENTO | SE TUVO EN CUENTA | JUSTIFICACIÓN |
|---|---|---|
| REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO | | |
| HISTORIA CLÍNICA COMPLETA | | |
| EPICRISIS O RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA | SI | |
| ACTA DE LEVANTAMIENTO DEL CÁDAVER | | |
| EXÁMENES PRE-OCUPACIONALES | | |
| CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN | | |
| ANÁLISIS DE PUESTO DE TRABAJO | | |
| EXÁMENES PARACLÍNICOS | SI | |
| EXÁMENES PERIÓDICOS OCUPACIONALES | | |
| EXÁMENES POST-OCUPACIONALES | | |
| CONCEPTO DE SALUD OCUPACIONAL | | |
| Otros | SI | Goniometria Dra Bolaño |

**5.2 DIAGNOSTICO MOTIVO DE LA CALIFICACIÓN**

| | |
|---|---|
| m199 | ARTROSIS, NO ESPECIFICADA |
| | |
| | |
| | |
| | |

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL ATLÁNTICO

Formulario de Dictamen para la Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional

| PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL U OCUPACIONAL | | | |
|---|---|---|---|
| DESCRIPCIÓN | PORCENTAJE | Requiere ayuda de terceros | No |
| I. DEFICIENCIA | 11,50 | Manual: Decreto 1507 de 2014 | |
| II. ROL LABORAL | 11,00 | | |
| III. OTRAS AREAS OCUPACIONALES | 2,60 | | |
| TOTAL | 25,10 | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estado de calificación | <5% | | IPP | X | Invalidez | | |
| Fecha Estructuración PCL | 23/05/2017 | | | | | | |

**7. CALIFICACIÓN ORIGEN**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Origen | Enf. Común | X | Enfermedad Laboral | | Accidente de Trabajo | | Accidente comun | | |

**9. RESPONSABLES DE LA CALIFICACIÓN**

**JAIME ENRIQUE FAJARDO MOVILLA**
M.D. PRINCIPAL T.P. 2779

**MIGDONIA BOLAÑO ECHEVERRI**
FT. PRINCIPAL T.P. 585

**RAFAEL ALBERTO SENIOR SANCHEZ**
M.D. PRINCIPAL T.P. 1488

NOTIFICADO PERSONALMENTE
EN FECHA

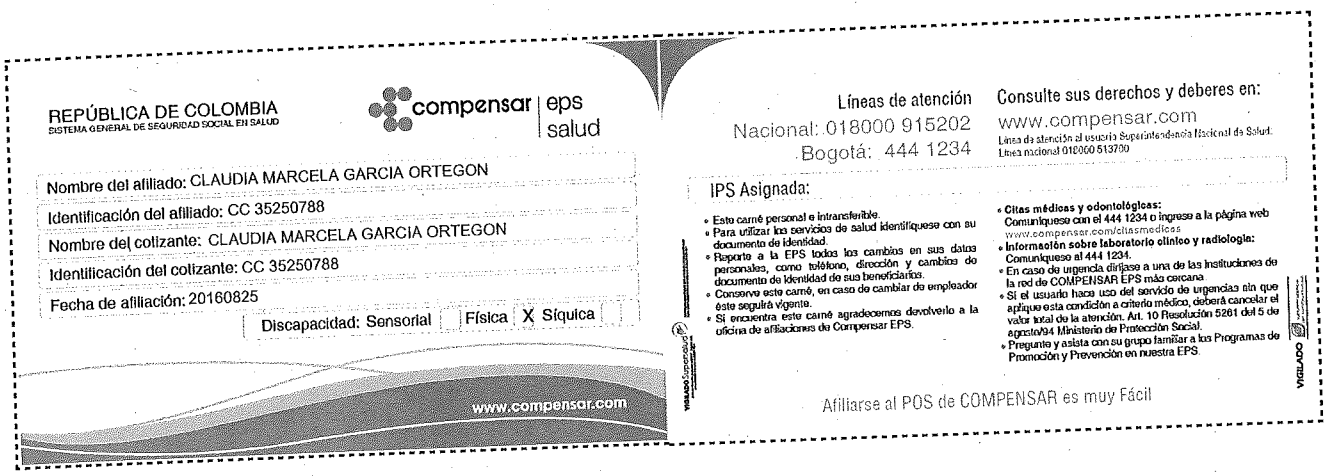
27 JUN. 2017

REPRESENTANTE LEGAL
DE
FIRMA
NOTIFICADOR

Dictamen No. 23676 CLAUDIA MARCELA GARCIA ORTEGON

23/05/2017 FUNDAMENTOS DE HECHO: Femenina de 36 años de edad, estado civil casada, tiene una hija, vive en casa arrendada, escolaridad profesión en ingeniería civil, ocupación Coordinadora de proyectos. DX MOTIVO DE CALIFICACION: DISPLASIA DE CADERA DERECHA. Resumen del caso: Paciente de 36 años de edad con antecedente de displasia del desarrollo de la cadera derecha tratado en la infancia con osteotomía de salter. La paciente refiere que durante su infancia y adolescencia la cadera se mantuvo asintomática sin embargo en el año 2005 presento un episodio súbito de dolor, bloqueo y limitación funcional. Refiere que en ese momento fue estudiada y fue diagnosticada con artrosis de cadera derecha, a partir de ese momento la paciente presenta limitación para los movimientos de flexión y rotación en la cadera, debilidad muscular y dolor severo irradiado a la rodilla después de actividad física prolongada. Se revisan radiografías de caderas comparativas de julio de 2016 donde se evidencia perdida completa del cartílago articular de la cadera derecha, osteofitos periacetabulares y en la cabeza femoral y quiste supraacetabular. 24/11/2011 Rx de caderas comparativas: no hay datos clínicos. Configuración displasia del techo acetabular derecho con incremento de la densidad en su reborde externo así como de la superficie articular de la cabeza femoral ipsilateral sin fragmentación ni aplanamiento aparente. El cuello acetabular ipsilateral muestra prominencia con coxa magna. No se identifican otras alteraciones en las relaciones articulares, densidad ósea conservada. Al examen físico: Ingresa por sus propios medios con uso de bastón para soporte de la marcha la cual realiza con cojera del MID, se observa genu valgo y pie prinado ipsilateral en compensación, se observa cicatriz en cadera derecha en buen estado, refiere dolor en cadera derecha que se le irradia a muslo, AMA en cadera derecha: flexión: 30°, extensión: 10°, ABD: 30°, ADD: 5°, Rotaciones interna y externa 0°. Disminución de fuerza muscular en glúteos mediano, psoas. Tiene dificultades coma caminar largos trayectos, subir y/o bajar escaleras, agacharse, arrodillarse, colocar zapatos, etc. FEI: 23/05/2017 Evaluación goniométrica Dra. Bolaño Junta. FUNDAMENTOS DE HECHO: Ley 100/93, Decreto-Ley 1295/94, Ley 1562/12, Decreto 1477/2014, Ley 776/02, Ley 962/05, DECRETO 1072/2015. SE CALIFICA CON DECRETO 1507/2014.

Se aclara que el presente Dictamen no tiene validez ante proceso diferente para el que fue requerido, de conformidad a lo establecido por el Articulo 2.2.5.1.52 Decreto 1072 de 2015.




Instrucciones y recomendaciones de uso:

1. Recorte el carné por la línea punteada y dóblelo por la mitad.
2. Este carné es personal e intransferible.
3. Este documento no garantiza la prestación de los servicios ante la EPS. La prestación de los mismos se garantiza al momento de asistir a los servicios de salud por medio de la validación del estado de afiliación en el sistema de información de la EPS.
4. La presentación de este documento no es pre-requisito para la prestación de los servicios de salud.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 35.250.788
GARCIA ORTEGON
APELLIDOS
CLAUDIA #ARCELA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO
19-JUN-1980
FUSAGASUGA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
06-AGO-1998 FUSAGASUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-1500150-00131673-F-0035250788-20081126
0006953921A 1
1950010318




Instrucciones y recomendaciones de uso:

1. Recorte el carné por la línea punteada y dóblelo por la mitad.
2. Este carné es personal e intransferible.
3. Este documento no garantiza la prestación de los servicios ante la EPS. La prestación de los mismos se garantiza al momento de asistir a los servicios de salud por medio de la validación del estado de afiliación en el sistema de información de la EPS.
4. La presentación de este documento no es pre-requisito para la prestación de los servicios de salud.

# REPUBLICA DE COLOMBIA
## IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **24.218.926**

**APONTE PAEZ**
APELLIDOS

**NUBIA INES**
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **31-OCT-1977**

**VENTAQUEMADA**
**(BOYACA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.50** | **O+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**13-MAR-1997 VENTAQUEMADA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

*JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ*
*DE BOGOTÁ D.C. Y CUNDINAMARCA*
*Conformada por la Resolución No 4276 de 2011*

El suscrito Secretario de la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE BOGOTÁ D.C Y CUNDINAMARCA**

CERTIFICA

Que la Sala Tres de la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá D.C. y Cundinamarca en decisión del día **12 DE ABRIL DE 2013**, procedió a calificar a **NUBIA INES APONTE PAEZ** identificado con CC **24218926** y que establecidos los fundamentos de hecho y de derecho, así como los criterios de evaluación de acuerdo al Manual Único de Calificación de Invalidez (**Decreto 917 de mayo de 1999**), determinó que la pérdida de capacidad laboral es así:

**Diagnósticos: 1. LUXACIÓN CONGENITA DE CADERA BILATERAL, 2. ASMA, 3. ESCOLIOSIS DE COLUMNA DORSO LUMBAR**

| CONCEPTO: | % |
|---|---|
| Deficiencia: | 18.00% |
| Discapacidad: | 6.00% |
| Minusvalia: | 8.25% |
| **Total P.C.L:** | **32.25%** |

| Grado de Limitación | Art. 7 Decreto 2463 /01 |
|---|---|
| Moderada entre 15% y 25% | |
| Severa (mayor) >25% e inferior a < 50% | X |
| **Profunda igual o mayor a =>50%** | |

**RESPONSABLES DE LA CALIFICACIÓN**

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE BOGOTÁ Y CUND. ES FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL

**JORGE ALBERTO ALVAREZ LESMES**
MEDICO

**NUBIOLA OSORIO DE ZULUAGA**
PSICÓLOGA

**VÁLIDO ÚNICAMENTE PARA EFECTO DE RECLAMACIÓN DE BENEFICIOS OTORGADOS POR LA LEY 361 DE 1997**

Contra el presente certificado no procede ningún Recurso

**Recibí:**

**Nombre:** _____

**C.C N°** _____ Huella

Clinica Candelaria I.P.S.

# CERTIFICADO MEDICO

**NOMBRE:** **NUBIA APONTE**
**IDENTIFICACION:** **24218926**
**FECHA:** **01 DE FEBRERO DEL 2013**

CERTIFICO QUE LA PACIENTE EN MENCION PADECE DE SECUELAS DE DISPLACIA DE CADERAS CON ARTROSIS DE CADERA IZQUIERDA Y DE COLUMNA LUMBAR, LO CUAL PRESENTA UNA DISCAPACIDAD DEL 40 %.

Dr. Mauricio Cuervo Camargo
C.C. 74.360.994
Medico General

Dr. Mauricio Cuervo Camargo
C.C. 74.360.994
Medico General

CORPORACION IPS CORVESALUD - COODONTOLOGOS

CMF PEPE SIERRA

FECHA DE CONSULTA: Enero 24 / 2012

PACIENTE: Nubia Ines Aponte Paez

IDENTIFICACION: cc+ 24.218.926

EDAD: 34

TIPO DE DISCAPACIDAD:

| | |
|---|---|
| AUDITIVA | _____ |
| FISICA | X |
| MENTAL/PSIQUICA | _____ |
| SORDO - CEGUERA | _____ |
| NINGUNA | _____ |

GRADO DE DISCAPACIDAD:

| | |
|---|---|
| LEVE | _____ |
| MODERADA | X |
| SEVERA | _____ |
| NINGUNA | _____ |

OBSERVACIONES: Displasia - luxacion Bilateral de cadera

FIRMA _____

MEDICO Sandra Mendez Moreno Odontologa R.M. 2590/93

RM 2590/93

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | eps salud

Nombre del afiliado: LUZ MARINA ROZO SANCHEZ

Identificación del afiliado: CC 51704525

Nombre del cotizante: LUZ MARINA ROZO SANCHEZ

Identificación del cotizante: CC 51704525

Fecha de afiliación: 20131011

Discapacidad: Sensorial Física X Síquica

www.compensar.com

Líneas de atención
Nacional: 018000 915202
Bogotá: 444 1234

Consulte sus derechos y deberes en:
www.compensar.com
Línea de atención al usuario Superintendencia Nacional de Salud:
Línea nacional 018000 513700

IPS Asignada:

- Este carné personal e intransferible.
- Para utilizar los servicios de salud identifíquese con su documento de identidad.
- Reporte a la EPS todos los cambios en sus datos personales, como teléfono, dirección y cambios de documento de identidad de sus beneficiarios.
- Conserve este carné, en caso de cambiar de empleador este seguirá vigente.
- Si encuentra este carné agradeceremos devolverlo a la oficina de Afiliaciones de Compensar EPS

- **Citas médicas y odontológicas:** Comuníquese con el 444 1234 o ingrese a la página web www.compensar.com/citasmedicas
- **Información sobre laboratorio clínico y radiología:** Comuníquese al 444 1234.
- En caso de urgencia diríjase a una de las instituciones de la red de COMPENSAR EPS más cercana.
- Si el usuario hace uso del servicio de urgencias sin que aplique esta condición a criterio médico, deberá cancelar el valor total de la atención. Art. 10 Resolución 5261 del 5 de agosto/94 Ministerio de Protección Social
- Pregunte y edúcate con su grupo familiar a los Programas de Promoción y Prevención en nuestra EPS

Afiliarse al POS de COMPENSAR es muy Fácil

VIGILADO

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **51.704.525**

**ROZO SANCHEZ**

APELLIDOS

**LUZ MARINA**

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-NOV-1962**

**BOGOTA D.C**

**BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.60** ESTATURA

**A+** G.S. RH

**F** SEXO

**16-NOV-1981 BOGOTA D.C.**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00206558-F-0051704525-20091228 0019394994A 1 1200117606

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| NI | 830515117-5 | GNG INGENIERIA SAS | | CRA 49 No. 104 B -49 | 2360929 | gerencia@gng.com.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| SUCURSAL | B – menos de 200 c | PRINCIPAL | PPAL | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | 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 |
| | | | | | 12 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2019-08 | 2019-07 | E | 14/08/2019 | 36530620 | $15.078.300 | |

## 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 | | | | | |
| EPS001 | ALIANSALUD EPS S.A. | 830113831-0 | 264.400 | 0 | | 0 | | 0 | 8 | 1.600 | 0 | 266.000 | 2 |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 641.500 | 0 | | 0 | | 0 | 8 | 3.800 | 0 | 645.300 | 3 |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 449.300 | 0 | | 0 | | 0 | 8 | 2.700 | 0 | 452.000 | 3 |
| EPS010 | EPS Sura | 800088702-2 | 204.000 | 0 | | 0 | | 0 | 8 | 1.300 | 0 | 205.300 | 1 |
| EPS016 | Coomeva EPS | 805000427-1 | 350.700 | 0 | | 0 | | 0 | 8 | 2.100 | 0 | 352.800 | 2 |
| ESSC07 | EPS-S Mutual Ser | 806008394-7 | 64.100 | 0 | | 0 | | 0 | 8 | 400 | 0 | 64.500 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 531.800 | 0 | 0 | 16.800 | 16.800 | 8 | 3.200 | 200 | 568.800 | 1 |
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 3.380.700 | 0 | 0 | 92.800 | 92.800 | 8 | 20.000 | 1.200 | 3.587.500 | 5 |
| 230901 | Old Mutual | 800253055-2 | 2.033.400 | 0 | 0 | 63.600 | 63.600 | 8 | 12.000 | 800 | 2.173.400 | 2 |
| 231001 | Colfondos | 800227940-6 | 256.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 1.600 | 0 | 257.700 | 1 |
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 1.691.300 | 0 | 0 | 44.200 | 44.200 | 8 | 10.000 | 600 | 1.790.300 | 3 |

**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 | | | | | | | | | | |
| 14-7 | Seguros Bolivar S.A. | 860002503-2 | 2.717.200 | | | | 2.717.200 | 8 | 16.100 | 2.733.300 | | | 27.172 | 2.733.300 | 12 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF06 | Combarranquilla | 890102002-2 | 59.800 | 8 | 400 | 60.200 | 1 |
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 1.909.900 | 8 | 11.300 | 1.921.200 | 11 |

PAGADA
36530620

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| NI | 830515117-5 | GNG INGENIERIA SAS | | CRA 49 No. 104 B -49 | 2360929 | gerencia@gng.com.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| SUCURSAL | B – menos de 200 c | PRINCIPAL | PPAL | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | 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 |
| | | | | | 12 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2019-08 | 2019-07 | E | 14/08/2019 | 36530620 | $15.078.300 | |

| TOTALES PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 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 | 6 | 1.974.000 | 1.985.900 |
| Pensión | 5 | 8.328.100 | 8.377.700 |
| Riesgos Laborales | 1 | 2.717.200 | 2.733.300 |
| CCF | 2 | 1.969.700 | 1.981.400 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 14 | 14.989.000 | 15.078.300 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| NI | 830515117-5 | GNG INGENIERIA SAS | | CRA 49 No. 104 B -49 | 2360929 | gerencia@gng.com.co |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| SUCURSAL | B – menos de 200 c | PRINCIPAL | PPAL | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| 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 |
| | | | | | 12 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2019-08 | 2019-07 | E | 14/08/2019 | 36530620 | $15.078.300 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario 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 | 1026264858 | MONROY MALDONADO ENRIQUE LUIS | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | X | | | | | 230301 | 4.447.800 | 711.700 | 0 | 0 | 22.300 | 22.300 | EPS008 | 4.447.800 | 178.000 | 14-7 | 4.447.800 | 5 | 309.600 | CCF24 | 4.447.800 | 178.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | CC | 1026264858 | MONROY MALDONADO ENRIQUE LUIS | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 317.700 | 50.900 | 0 | 0 | 1.600 | 1.600 | EPS008 | 317.700 | 12.800 | 14-7 | 317.700 | 5 | 0 | CCF24 | 317.700 | 12.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | CC | 22741233 | PINEDA BOLAÑO KAREN MARGARITA | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 5.100.000 | 816.000 | 0 | 0 | 25.500 | 25.500 | EPS010 | 5.100.000 | 204.000 | 14-7 | 5.100.000 | 1 | 26.700 | CCF24 | 5.100.000 | 204.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4 | CC | 24218926 | APONTE PAEZ NUBIA INES | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.796.064 | 287.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.796.064 | 71.900 | 14-7 | 1.796.064 | 1 | 9.400 | CCF24 | 1.796.064 | 71.900 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5 | CC | 29672724 | DIAZ CUERVO LINA MARIA | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 4.765.500 | 762.500 | 0 | 0 | 23.900 | 23.900 | EPS016 | 4.765.500 | 190.700 | 14-7 | 4.765.500 | 5 | 331.700 | CCF24 | 4.765.500 | 190.700 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 6 | CC | 32896938 | CASTRO ORTIZ MARELYS MARIA | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | X | | | | | | | | | 231001 | 1.493.334 | 239.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | ESSC07 | 1.493.334 | 59.800 | 14-7 | 1.493.334 | 1 | 7.800 | CCF06 | 1.493.334 | 59.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 7 | CC | 32896938 | CASTRO ORTIZ MARELYS MARIA | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | X | | | | | | 231001 | 106.667 | 17.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | ESSC07 | 106.667 | 4.300 | 14-7 | 106.667 | 1 | 0 | CCF06 | 106.667 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 8 | CC | 35250788 | GARCIA ORTEGON CLAUDIA MARCELA | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 4.662.691 | 746.100 | 0 | 0 | 23.400 | 23.400 | EPS008 | 4.662.691 | 186.600 | 14-7 | 4.662.691 | 5 | 324.600 | CCF24 | 4.662.691 | 186.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 9 | CC | 52251988 | CASTAÑEDA DORIS XIOMARA | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 230901 | 6.354.000 | 1.016.700 | 0 | 0 | 31.800 | 31.800 | EPS005 | 6.354.000 | 254.200 | 14-7 | 6.354.000 | 5 | 442.300 | CCF24 | 6.354.000 | 254.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10 | CC | 79321604 | GUTIERREZ ARGUELLO JUAN JOSE | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 230901 | 6.354.000 | 1.016.700 | 0 | 0 | 31.800 | 31.800 | EPS005 | 6.354.000 | 254.200 | 14-7 | 6.354.000 | 5 | 442.300 | CCF24 | 6.354.000 | 254.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 11 | CC | 79441796 | BAEZ GUTIERREZ JUAN FERNANDO | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 2.671.434 | 427.500 | 0 | 0 | 13.400 | 13.400 | EPS001 | 2.671.434 | 106.900 | 14-7 | 2.671.434 | 5 | 186.000 | CCF24 | 2.671.434 | 106.900 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 12 | CC | 79441796 | BAEZ GUTIERREZ JUAN FERNANDO | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | X | | | | 25-14 | 267.144 | 42.800 | 0 | 0 | 1.400 | 1.400 | EPS001 | 267.144 | 10.700 | 14-7 | 267.144 | 5 | 0 | CCF24 | 267.144 | 10.700 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 13 | CC | 79441796 | BAEZ GUTIERREZ JUAN FERNANDO | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | X | | | | 25-14 | 801.430 | 128.300 | 0 | 0 | 4.100 | 4.100 | EPS001 | 801.430 | 32.100 | 14-7 | 801.430 | 5 | 0 | CCF24 | 801.430 | 32.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 14 | CC | 79441796 | BAEZ GUTIERREZ JUAN FERNANDO | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | X | | | | 25-14 | 267.144 | 42.800 | 0 | 0 | 1.400 | 1.400 | EPS001 | 267.144 | 10.700 | 14-7 | 267.144 | 5 | 0 | CCF24 | 267.144 | 10.700 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 15 | CC | 79446112 | CACERES RINCON PEDRO ANTONIO | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 2.600.000 | 416.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS001 | 2.600.000 | 104.000 | 14-7 | 2.600.000 | 5 | 181.000 | CCF24 | 2.600.000 | 104.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 16 | CC | 79602528 | ACERO LEURO LEONARDO | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 4.000.000 | 640.000 | 0 | 0 | 20.000 | 20.000 | EPS016 | 4.000.000 | 160.000 | 14-7 | 4.000.000 | 5 | 278.400 | CCF24 | 4.000.000 | 160.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 17 | CC | 80102166 | POSADA RINCON IVAN ERNESTO | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 2.547.881 | 407.700 | 0 | 0 | 12.800 | 12.800 | EPS005 | 2.547.881 | 102.000 | 14-7 | 2.547.881 | 5 | 177.400 | CCF24 | 2.547.881 | 102.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 18 | CC | 80102166 | POSADA RINCON IVAN ERNESTO | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | X | | | | 230201 | 443.110 | 70.900 | 0 | 0 | 2.300 | 2.300 | EPS005 | 443.110 | 17.800 | 14-7 | 443.110 | 5 | 0 | CCF24 | 443.110 | 17.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 19 | CC | 80102166 | POSADA RINCON IVAN ERNESTO | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | X | | | | 230201 | 332.333 | 53.200 | 0 | 0 | 1.700 | 1.700 | EPS005 | 332.333 | 13.300 | 14-7 | 332.333 | 5 | 0 | CCF24 | 332.333 | 13.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| NI | 830515117-5 | GNG INGENIERIA SAS | | CRA 49 No. 104 B -49 | 2360929 | gerencia@gng.com.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| SUCURSAL | B – menos de 200 c | 001 | CUIDAD | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | 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 |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2019-08 | 2019-07 | E | 09/08/2019 | 36396750 | $393.800 | |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 64.000 | 0 | | 0 | | 0 | 3 | 200 | 0 | 64.200 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 256.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 600 | 0 | 256.600 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-7 | Seguros Bolivar S.A. | 860002503-2 | 15.100 | | | | 15.100 | 3 | 100 | 15.200 | | | 151 | 15.200 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 57.600 | 3 | 200 | 57.800 | 1 |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 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 | 64.000 | 64.200 |
| Pensión | 1 | 256.000 | 256.600 |
| Riesgos Laborales | 1 | 15.100 | 15.200 |
| CCF | 1 | 57.600 | 57.800 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 392.700 | 393.800 |

PAGADA
36396750

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| NI | 830515117-5 | GNG INGENIERIA SAS | CRA 49 No. 104 B -49 | 2360929 | gerencia@gng.com.co | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| SUCURSAL | B – menos de 200 c | 001 | CUIDAD | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | 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 |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2019-08 | 2019-07 | E | 09/08/2019 | 36396750 | $393.800 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estudiante | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario 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 | 51704525 | ROZO SANCHEZ LUZ MARINA | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.440.000 | 230.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.440.000 | 57.600 | 14-7 | 1.440.000 | 2 | 15.100 | CCF24 | 1.440.000 | 57.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | CC | 51704525 | ROZO SANCHEZ LUZ MARINA | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | X | | | | | | | 25-14 | 160.000 | 25.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 160.000 | 6.400 | 14-7 | 160.000 | 2 | 0 | CCF24 | 160.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información