UNIÓN TEMPORAL NUTRIENDO CALI
2020-2

TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD

Dirección: Km 1,5 Vía Cali-Candelaria Condominio Industrial La Nubia Bodega II
Bodegas 50-51-52-53-54
Teléfono: (57) (2) 4350505 Candelaria – Colombia
gerencia@fomento.com.co
coor.admva@fomento.com.co

ANEXO 13

OFRECIMIENTO A FACTORES DE EVALUACIÓN

Proceso de Licitación Pública No. **No. 4143.010.32.712-2020**

Grupo al que presenta oferta: No.**04**

1. ***Factor Económico***

Valor Oferta: (expresada en letras y números).

CIFRA: **$ 2.378.650.857**

SUMA: **DOS MIL TRESCIENTOS SETENTA Y OCHO MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS MCTE.**

GRUPO	CANTIDAD	N° DIAS	TOTAL RACIONES	MODALIDAD COMPLEMENTO	VALOR UNITARIO DE LA RACION	VALOR TOTAL
4	33.121	37	1.225.477	PREPARADO EN SITIO E INDUSTRIALIZADO O RPC	$ 1.941,00	$ 2.378.650.857

2. ***Promoción Hábitos y Estilos de Vida Saludable***.

Oferto capacitar el (indique el porcentaje marcando una x) de los padres de familias y/o beneficiarios.

CRITERIO	MARQUE X
La propuesta que no oferte capacitar o que oferte capacitar a menos del 2% de los padres de familia y/o beneficiarios del grupo al que oferta, tanto del área rural como urbano, en hábitos y estilos de vida saludable	
La propuesta que oferte capacitar al 2% de los padres de familia y/o beneficiarios del grupo al que oferta, tanto del área rural como urbano, en hábitos y estilos de vida saludable	
La propuesta que oferte capacitar al 5% de los padres de familia y/o beneficiarios del grupo al que oferta, tanto del área rural como urbano, en hábitos y estilos de vida saludable	

La propuesta que oferte capacitar al 10% de los padres de familia y/o beneficiarios del grupo al que oferta, tanto del área rural como urbano, en hábitos y estilos de vida saludable	X

*3. **Bioseguridad**.*

CRITERIO	MARQUE CON UNA X SU OFERTA
La Propuesta que utilice al momento de la entrega en las IEO dispensador de gel antibacterial y amonio cuaternario de quinta generación para desinfección del calzado.	
La Propuesta que utilice al momento de la entrega en las IEO dispensador de gel antibacterial, amonio cuaternario de quinta generación para desinfección del calzado y toma de temperatura digital	
La Propuesta que utilice al momento de la entrega en las IEO dispensador de gel antibacterial, amonio cuaternario de quinta generación para desinfección del calzado, toma de temperatura digital y lavamanos portátiles y/o dispensador mecánico de gel antibacterial	X

4. Menú Especial

SI_**X**_NO_

5- Ración para manipuladoras durante ejecución contrato

SI_**X**_NO____

5. Ración para Manipuladoras

La suscrita **Angela María López Osorio**, identificada con la C.C No.66.999.022, como Representante Legal de la **Unión Temporal Nutriendo Cali 2020-2**, en mi calidad de proponente de la licitación pública No. 4143.010.32.712-2020, suscribo de manera unilateral el presente documento, mediante el cual me comprometo a suministrar la alimentación al 100% del personal de las manipuladoras a mi cargo en cada una de las instituciones educativas oficiales y sus sedes, para la preparación y suministro de las raciones de los complementos a los beneficiarios del programa de alimentación escolar PAE.

Alimentación que se suministrará bajo mi responsabilidad, el valor económico será a mi cargo y en ningún caso será considerada como ración contratada.

Para su control se relacionará en una remisión independiente.

6. Capacidades, equipo y utensilios de bodega.

ELEMENTO	CANTIDAD OFERTADA	CAPACIDAD
Canastillas	3000	NO APLICA
Porta estiba	2	NO APLICA
Estiba plástica	200	NO APLICA
Balanza	1	30 Kg
Bascula	4	300 Kg
Termómetro digital	2	NO APLICA
Congeladores	4	NO APLICA
Refrigeradores	4	NO APLICA

Certifico como oferente que cuento con los elementos referenciados en la tabla anterior, lo cual se podrá verificar durante la visita a bodega.

7 menú con mejora nutricional en minutas (MARQUE CON UNA X)

DIAS DE MEJORAS EN FRUTAS	MODALIDAD INDUSTRIALIZADO	MODALIDAD PREPARADO EN SITIO	RACION PARA PREPARAR EN CASA (AVENA)
0	X	X	X
1			
2			

8. Trabajadores en situación de discapacidad

A. Certifico 10 (indicar # de trabajadores) trabajadores contratados a la planta de personal del proponente o a sus integrantes a la fecha del cierre del proceso de selección.
B. Acreditar 1 (indicar # de personas) con discapacidad que ofrecen vincular.
C. Ofrecimiento integrante de proponente plural: **Fundación Fomento Social**

A. Certifico 2 (indicar # de trabajadores) trabajadores contratados a la planta de personal del proponente o a sus integrantes a la fecha del cierre del proceso de selección.
B. Acreditar 1 (indicar # de personas) con discapacidad que ofrecen vincular.
C. Ofrecimiento integrante de proponente plural: **FUNCOL - Fundación para la Capacitación, Desarrollo y Bienestar Humano.**

9.Incentivo Laboral.

PERSONAL VINCULADO	Macar con X
21 o más personas	X
12 a 20 personas	
6 a 11 personas	

Certifico que se cuenta con 21 personas vinculadas con antigüedad de un (1) año.

10. Apoyo a la Industria Nacional

La suscrita **Angela María López Osorio** actuando como Representante Legal (o apoderado) de la **Unión Temporal Nutriendo Cali 2020-2** de conformidad al certificado de Existencia y Representación Legal Nº_____, en cumplimiento a lo establecido en la Ley 816 de 2003, referente al apoyo de la Industria Nacional y bajo la gravedad del juramento certifico que: (Marcar con una X únicamente el criterio al cual se ajusta)

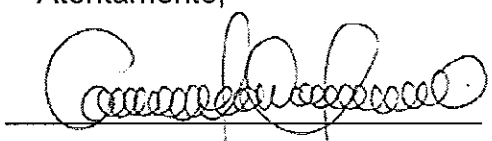
Criterio de Evaluación Apoyo Industria Nacional.

LEY 816 2003 APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL	Marcar con X
OFRECIMIENTO SERVICIOS NACIONAL 100%	X
OFRECIMIENTO SERVICIOS NACIONAL Y EXTRANJERO (Mixto)	
OFRECIMIENTO SERVICIOS EXTRANJERO 100%	

8. **OFRECIMIENTO LEY 2046 DE 2020**

PORCENTAJE DE OFRECIMIENTO	(MARCAR CON UNA X)
30%	
31-35 %	
36-40%	X

Atentamente,



Representante legal

Unión Temporal Nutriendo Cali 2020-2

Angela Maria Lopez Osorio
C.C. No. **66.999.022** de **Santiago de Cali**
Dirección: **Km 1.5 Vía Cali Candelaria Condominio Industrial La Nubia II – Bodega 50-54**
Teléfonos: **435 0505**
Ciudad: **Candelaria (Valle del Cauca)**
Correo electrónico: **gerencia@fomento.com.co**

UNIÓN TEMPORAL NUTRIENDO CALI
2020-2

ANEXO TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD

Dirección: Km 1,5 Vía Cali-Candelaria Condominio Industrial La Nubia Bodega II
Bodegas 50-51-52-53-54
Teléfono: (57) (2) 4350505 Candelaria – Colombia
gerencia@fomento.com.co
coor.admva@fomento.com.co

CERTIFICADO DE PERSONAL VINCULADO CON DISCAPACIDAD

Yo, **Ángela María López Osorio** identificada con CC. 66.999.022 en condición de representante legal de la **Fundación Fomento Social** con Nit 805.010.587-4 (Integrante de la Unión Temporal Nutriendo Cali 2020-2), en calidad de proponente en el **Proceso de Licitación Pública No. 4143.010.32.712-2020**, certifico que:

- Se tiene una planta de diez (10) trabajadores contratados por la Fundación Fomento Social.
- Se cuenta con una (01) persona discapacitada contratada por la Fundación Fomento Social.

De acuerdo a lo anterior se adjunta certificado expedido por el Ministerio de Trabajo.

Para constancia se firma a los dieciséis (16) días del mes octubre de 2020.

Ángela María López Osorio
CC. 66.999.022
Representante Legal
Fundación Fomento Social

	PROCESO INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL FORMATO CONSTATACIÓN DE VINCULACIÓN DE TRABAJADORES EN SITUACION DE DISCAPACIDAD	Código: IVC-PD-05-AN-01 F-02 Versión: 3.0 Fecha: Marzo 14 de 2019 Página 1 de 1

LA SUSCRITA COORDINADORA DEL GRUPO DE ATENCIÓN AL CIUDADANO Y TRÁMITES

DE LA DIRECCION TERRITORIAL DEL VALLE DEL CAUCA

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:	02EE2020717600100010133
FECHA RADICADO:	14 de septiembre de 2020
NOMBRE – RAZON SOCIAL:	FUNDACION FOMETO SOCIAL
IDENTIFICACIÓN:	805010587-4
A. NUMERO TOTAL DE TRABAJADORES:	10
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.*	01
C. NUMERO DE TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD CON MÁS DE UN AÑO DE VINCULACIÓN A LA EMPRESA: *(Literal a Artículo 24 Ley 361 de 1997)*	01
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.*	10%

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, artículo 2.2.1.2.4.2.7 del Decreto 1082 de 2015, el Ministerio del Trabajo ejercerá la Inspección, Vigilancia y Control.

A esta constancia se le debe relacionar los trabajadores cuyo contrato de trabajo venza antes de que expire la vigencia de la presente constancia.

NOMBRES Y APELLIDOS	CC No.	VENCE CONTRATO (D/M/A)

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 la ciudad de Santiago de Cali (V), a los Veintiuno (21) días del mes de septiembre del año 2020.

HELEN BARREIRO OSPINA

Verificó y Elaboró: J.A. Abadía
Revisó/aprobó: Helen B.

SOS Servicio Occidental de Salud	CERTIFICADO DE CALIFICACIÓN DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL	Código: FT-AIU-235 Versión: 5.0 Fecha de Actualización: 25-09-2018

MOTIVO DE LA SOLICITUD	FECHA DE EVALUACION	FECHA DE AUDIENCIA
Ley 361 de 1997.	09-05-2019	09-05-2019

IDENTIFICACION DISCAPACITADO

TIPO	# IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS		
CC	14675816	EDWAR ALEXIS LEYTON CORTES		
ESTADO CIVIL	**EDAD**	**OCUPACIÓN**	**GENERO**	**PARENTESCO**
Casado	35	Ninguna	MASCULINO	Cotizante

IDENTIFICACIÓN COTIZANTE

TIPO	# IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS
CC	14675816	EDWAR ALEXIS LEYTON CORTES

DIAGNÓSTICOS INTEGRALES OBJETO DE CALIFICACIÓN

DIAGNOSTICO CLÍNICO	CÓDIGO CIE 10	CONTINGENCIA
HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	H905	ENFERMEDAD COMÚN

PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL TOTAL:	31,95
FECHA DE ESTRUCTURACIÓN:	14/12/2017
CALIFICACIÓN DE ORIGEN:	Común
DECRETO:	917

GRADO DE SEVERIDAD DE LA LIMITACION:		Mayor o Igual a 25% y menor a 50%		Severa
TIPO DE DISCAPACIDAD	Física		CONDICION DE DISCAPACIDAD: Temporal	
	Auditiva	X	Permanente	X
	Visual			
	Sordoceguera			
	Intelectual			
	Psicosocial			
	Múltiple			

NOTA: Se procede a calificar la pérdida de capacidad laboral y ocupacional (PCLO) en primera oportunidad conforme Ley 361 de 1997 Certificación cuando un empleador quiera emplear personas con discapacidad y recibir los beneficios establecidos en Ley 361 de 1997 Art 24 31 y 62

Ruth Lilia Rosero Cadena
Medico Ocupacionalista
CC 29.182.602
RM 660924 LSO 1630 / 2017

Dr(a). Ruth Lilia Rosero Cadena

MEDICO ESO

DEPENDENCIA TECNICA
MEDICINA DEL TRABAJO.
RegNal. 76-001-0006 Ministerio de Salud.

Nota: En virtud del inciso 2 del Artículo 6 del Decreto 2463 de 2001, especialmente no derogado por el Artículo 68 del decreto 1352 de 2013 y por el Artículo 6 de la Resolución 2569 de 1999; se califica el origen de estos eventos de salud por Dependencia Técnica

Este certificado no es un instrumento de exoneración de cuotas moderadoras y copagos La exoneración es un acto administrativo de auditoria que se genera en la prestación

NOMBRES APELLIDOS: CC:

FIRMA

FECHA DE NOTIFICACION:

FIRMA Y CEDULA DEL INTERESADO O USUARO

CARNET DISCAPACIDAD

NOMBRE: EDWAR ALEXIS LEYTON CORTES

ID: CC14675816

Discapacidad:

Física	[ ]	Sordoceguera	[ ]	Múltiple	[ ]
Auditiva	[X]	Intelectual	[ ]		
Visual	[ ]	Psicosocial	[ ]	PCLO:	31,95 %

GRADO DE SEVERIDAD DE LA LIMITACIÓN: Severa

CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: Permanente

FECHA DE EXPEDICIÓN: 09-05-2019

Este certificado no es un instrumento de exoneración de cuotas moderadoras y copagos. La exoneración es un acto administrativo de auditoría que se genera en la prestación de servicios de acuerdo a cada tipo de discapacidad y la normatividad vigente aplicable

MEDICINA DEL TRABAJO
DEPENDENCIA TÉCNICA

CERTIFICADO DE PERSONAL VINCULADO CON DISCAPACIDAD

Yo, **Adriana Carolina Arias Libreros** identificada con CC. 1.113.036.044 en condición de representante legal de **FUNCOL – Fundación para la Capacitación, Desarrollo y Bienestar Humano** con Nit 900.199.142-7 (Integrante de la Unión Temporal Nutriendo Cali 2020-2), en calidad de proponente en el **Proceso de Licitación Pública No. 4143.010.32.712-2020**, certifico que:

- Se tiene una planta de dos (02) trabajadores contratados por FUNCOL - Fundación para la Capacitación, Desarrollo y Bienestar Humano.
- Se cuenta con una (01) persona discapacitada contratada por FUNCOL - Fundación para la Capacitación, Desarrollo y Bienestar Humano.

De acuerdo a lo anterior se adjunta certificado expedido por el Ministerio de Trabajo.

Para constancia se firma a los dieciséis (16) días del mes octubre de 2020.

Adriana Carolina Arias L.

Adriana Carolina Arias Libreros
CC. 1.113.036.044
Representante Legal
FUNCOL - Fundación para la Capacitación, Desarrollo y Bienestar Humano

	PROCESO INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL FORMATO CONSTATACIÓN DE VINCULACIÓN DE TRABAJADORES EN SITUACION DE DISCAPACIDAD	Código: IVC-PD-05-AN-01 F-02 Versión: 3.0 Fecha: Marzo 14 de 2019 Página 1 de 1

LA SUSCRITA COORDINADORA DEL GRUPO DE ATENCIÓN AL CIUDADANO Y TRÁMITES

DE LA DIRECCION TERRITORIAL DEL VALLE DEL CAUCA

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:	02EE2020717600100010593
FECHA RADICADO:	24 de septiembre de 2020
NOMBRE – RAZON SOCIAL:	FUNCOL FUNDACION PARA LA CAPACITACION DESARROLLO Y BIENESTAR HUMANO
IDENTIFICACIÓN:	900199142-7

A. NUMERO TOTAL DE TRABAJADORES:	02
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.*	01
C. NUMERO DE TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD CON MÁS DE UN AÑO DE VINCULACIÓN A LA EMPRESA: *(Literal a Artículo 24 Ley 361 de 1997)*	01
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.*	50%

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, artículo 2.2.1.2.4.2.7 del Decreto 1082 de 2015, el Ministerio del Trabajo ejercerá la Inspección, Vigilancia y Control.

A esta constancia se le debe relacionar los trabajadores cuyo contrato de trabajo venza antes de que expire la vigencia de la presente constancia.

NOMBRES Y APELLIDOS **CC No.** **VENCE CONTRATO (D/M/A)**

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 la ciudad de Santiago de Cali (V), a los Veinticinco (25) días del mes de septiembre del año 2020.

HELEN BARREIRO OSPINA

Verificó y Elaboró: J.A. Abadía
Revisó/aprobó: Helen B.

DICTAMEN MEDICO DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL

REFERENCIA	SITIO EXAMEN	FECHA EXAMEN
PARTICULAR		08/12/18

IDENTIFICACIÓN

No. IDENTIFICACIÓN	TIPO	1er. APELLIDO	2º. APELLIDO	NOMBRES
1113526886	CC	SARRIA		MAURICIO

ESTADO CIVIL	EDAD	OCUPACIÓN	Tiempo OFICIO
UNION LIBRE	26	PERARIO LOGISTICO	

DIAGNÓSTICOS ACTUALES:

FOCOMELIA (malformación de origen teratogénico consistente en la ausencia de elementos óseos y musculares en el miembro superior o inferior, quedando reducido a un muñón o prominencia)

RESUMEN HISTORIA Y TRATAMIENTO:

Refiere que nacio con un defecto congenito caracterizado por atrofia completa de la mano izquierda

RESULTADO DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS:

Examinado en la fecha se evidencia atrofia severa de la mano izquierda caracterizada por esbosos de pulpejos de dedos sin funcionalidad para realizar pinza ni agarre cilindrico, hipotrofia de antebrazo resto normal.

CALIFICACIÓN MEDICO LABORAL

DEFICIENCIA(S)	%	DISCAPACIDAD(ES)	%	MINUSVALIA(S)	%
Musculo-esqueletico	27	De la conducta	1,8	De la orientación	0
Nervioso periférico		De la comunicación	0	Independencia física	1
Reumatologia		Del cuidado personal	0,3	De desplazamiento	0
Digestivo		De la locomoción	0	Ocupacional	5
Genito-urinario		Disposición del cuerp	0,9	Integración Social	1
Cardio-vascular		De la destreza	1,8	Autosuf. económica	0,5
Neoplasias		De la situación	0,7	En función edad	1,25
Endocrino		TOTAL	5,5	TOTAL	8,75
Respiratorio		PERDIDA CAPACIDAD LABO		41,25%	
Piel		FECHA DECLARACION PERI		08/12/18	
S.N.C.					
Enfermedad mental					
Organos de sentidos					
Hematopoyetico					
TOTAL	27%				

JORGE PULIDO — NOMBRE MEDICO

301 — LICENCIA SALUD OCUPACIONAL

FIRMA Y SELLO