MINISTERIO DE TRANSPORTE

INSTITUTO NACIONAL DE VÍAS

CONCURSO DE MERITOS ABIERTO No CMA-DO-SRT-064-2018

FORMATO DE ACREDITACION DE PERSONAL CON LIMITACIONES

Acreditación de Vinculación Laboral de personas en condiciones de Discapacidad

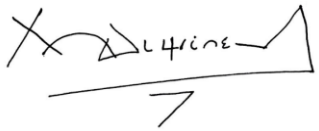
Nombre del miembro la Estructura Plural o del Proponente Precalificado : CONSORCIO INTERVIASAN

Yo, RENE ARMANDO MARTINEZ DORADO , identificado bajo la cedúla de ciudadanía número 10.529.212 expedida en POPAYAN, en mi calidad de representante legal de (indicar nombre de la Empresa)RENE ARMANDO MARTINEZ DORADO, declaro bajo la gravedad de juramento, que se entiende prestado con la firma del presente documento, que el prersonal que se relaciona a continuación, se encuentra vinculado a mi empresa, así:

Razón Social de la Empresa contratante	Nombre del Personal discapacitado vínculado a la Empresa	Fecha de Vinculación	Número de Empleados vínculado a la Empresa	Número de personal discapacitado vínculado	Porcentaje que representa el personal con discapacidad respecto del personal vínculado a la Empresa
RENE ARMANDO MARTINEZ DORADO	JOSE NOE MOSQUERA ANGUCHO		2	1	50%

Así mismo, manifiesto que, en el evento de resultar adjudicatario del proceso de selección, me comprometo a mantener vinculado al personal antes relacionado, por un lapso igual al del plazo del contrato adjudicado.

De acuerdo con lo previsto en el Pliego de Condiciones esta información debe presentarla el Representante Legal y el Revisor Físcal o Contador Público.



R.L. RENE ARMANDO MARTINEZ DORADO

Firma del Representante Legal de la persona natural o jurídica que acredita vinculación de p
Cedúla de Ciudadanía **36.376.694** , expedida en LA PLATA - HUILA

CONTADORA FRANCIS PAZ PERDOMO

Firma del Revisor Fiscal o Contador Público
T.P. No. 31874-T

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 10529212		MARTINEZ DORADO RENE ARMANDO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	RENE ARMANDO DORADO	CARRERA 15 No 8n-188. C19	POPAYAN-CAUCA	8202000	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-04	2018-05	334684516	8478695918	E	2018/05/04	2018/05/04	BANCOLOMBIA		$433,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1061691958	MARTINEZ RENZO																		230301	30	$781,242	$125,000	EPS018	30	$781,242	$31,300	CCF14	30	$781,242	$31,300	14-23	30	$781,242	$4,100	30	$781,242	$0	Si	$191,700
2	CC	10539416	MOSQUERA JOSE																		25-14	30	$781,242	$125,000	EPS044	30	$781,242	$31,300	CCF14	30	$781,242	$31,300	14-23	30	$781,242	$54,400	30	$781,242	$0	Si	$242,000
Total	**Afiliados(2)**																						$1,562,484	$250,000			$1,562,484	$62,600			$1,562,484	$62,600			$1,562,484	$58,500		$1,562,484	$0		$433,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$250,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$125,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$125,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$58,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	2	$58,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$62,600
COMFACAUCA	CCF14	891,500,182	0	2	$62,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$62,600
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$31,300
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	1	$31,300
TOTAL				**2**	**$433,700**

2018/05/04 02:46 PM

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **10.539.416**

MOSQUERA ANGUCHO

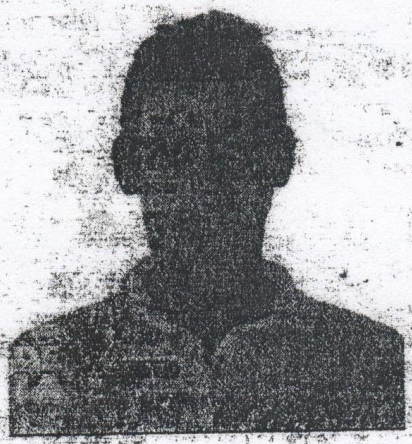
APELLIDOS

JOSE NOE

NOMBRES

José Noe Mosquera

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-AGO-1960**

CC SAN RAFAEL

POPAYAN (CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

10-AGO-1979 POPAYAN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1100100-00200857-M-0010539416-20091130 **00184**94602A 3 7760009682

SaludCoop EPS

NOMBRES AFILIADO
JOSE NOE

APELLIDOS AFILIADO
MOSQUERA ANGUCHO

DISCAPACIDAD: FISICA MODERADA

TIPO Y No. IDENTIFICACIÓN
CC 10539416

IPS
Ips Occidente - Popayan

SOLICITE SU CITA MEDICA EN: CIUDAD Popayan TELEFONO 8318000

EPS EN LINEA (ATENCION A L USUARIO 24 HORAS)
DESDE BOGOTA 651 10 00
Y RESTO DEL PAIS 01 8000 120096
www.saludcoop.coop

La utilización de este carné es personal e intransferible

República de Colombia
Sistema General de Seguridad Social en Salud

P. O. S. Plan Obligatorio de Salud

1. El Sistema de Seguridad Social le permite utilizar el servicio a través del Médico General. Por tanto acuda inicialmente a su centro de atención.
2. En caso de URGENCIA dirijase a cualquiera de las instituciones adscritas a SaludCoop EPS.
3. El vencimiento de éste carné queda supeditado al pago oportuno de sus cotizaciones.
4. Los servicios del P.O.S. generan copago o cuota moderadora, su pago debe efectuarse en el momento de la utilización del servicio.
5. Es obligación del usuario devolver el carné en caso de retiro de SaludCoop EPS.
6. Recuerde que su carné no tiene fecha de vencimiento y necesita ser reemplazado solamente cuando cambie de tipo o número de identificación o si se presenta alguna modificación en su IPS asignada.
7. El carné de afiliación no es indispensable para que le brindemos la atención, puede

NOTA.Por favor informe a Cruz Blanca EPS en caso de cambio de teléfono y/o dirección de correspondencia.

VIGILADO

SUPER INTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Línea de Atención al Usuario 6500870 - Bogotá DC
Línea Gratuita Nacional: 018000910383

VCO DM CN / CR V1 2007-08-03

MINTRABAJO

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACION

LA SUSCRITA COORDINADORA GRUPO DE ATENCION AL CIUDADANO Y TRAMITES DE LA DIRECCION TERRITORIAL DEL CAUCA

HACE CONSTAR

Que realizada la visita de inspección por parte del inspector Einer E Agredo A, adscrito a esta Coordinación y verificados los documentos requeridos se evidencia lo siguiente

RADICADO SOLICITUD	*08SI2018119001000004 38*
FECHA	*19 abril 2018*
NOMBRE RAZON SOCIAL	*RENE ARMANDO MARTINEZ DORADO*
IDENTIFICACION	*c.c. 10.529.212*
Como mínimo el 10% de la nómina de la empresa en mención de empleados en condición de discapacidad	*CUMPLE*
Los empleados en condición de discapacidad cuentan con un mínimo de un año de antigüedad en sus contratos de trabajo	*CUMPLE*
La Pérdida de capacidad laboral de estos empleados no es inferior al 25% y se encuentran debidamente certificados mediante dictamen o carnet de entidad competente	*CUMPLE*

ADVERTENCIAS:

1.- para ser beneficiario de la garantía señalada en la Ley 361 de 1.997, en su artículo 24 los tres conceptos anteriores deben ser certificados como CUMPLE, si alguno de los conceptos está relacionado como NO CUMPLE, no contara con las favorabilidades dadas por la Ley,

2.- recuerde que en caso de ser beneficiario con preferencia en igualdad de condiciones en algún proceso de licitación, adjudicación o celebración de contratos sean públicos o privados, el personal empleado verificado por los inspectores de Trabajo de esta Coordinación deberá mantenerse como mínimo un lapso igual de la contratación favorecida

3- la presente certificación se encuentra limitada a control posterior que pueda realizar este Ministerio para verificar las condiciones inicialmente certificadas. La presente certificación tendrá una vigencia de 6 meses contados a partir de su expedición.

Para constancia se firma en Popayán a los diecinueve (19) de abril de dos mil dieciocho (2.018)

NIDIA LILIANA LOPEZ ZUÑIGA
COORDINADORA
GRUPO ATENCION AL CIUDADANO Y TRAMITES

Calle 5 Nº 9 -58
PBX: 8333363 Extensión 210 a 22 fax 8241832
Popayán, Cauca
dtcauca@mintrabajo.goc.co