FORMATO 8 — VINCULACIÓN DE PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

(Criterio de asignación de puntaje)

Señores
DISTRITO ESPECIAL DE CIENCIA TECNOLOGIA E INNOVACION DE MEDELLIN
Cl. 44 #52 – 165
Medellín – Antioquia

REFERENCIA: Proceso de contratación **No.70007731,** en adelante el "Proceso de contratación"
Objeto:
CONSTRUCCIÓN DE ALCANTARILLADO DE LA VEREDA SAN JOSÉ DE MANZANILLO EN EL CORREGIMIENTO DE ALTAVISTA.

Estimados señores:

Yo, **CARLOS ARTURO ARANGO SALAZAR** identificado con C.C. No 5.902.425 de Espinal - Tolima, en mi condición de PERSONA NATURAL identificado con NIT 5.902.425-6 certifico que el número total de trabajadores vinculados a la planta de personal a la fecha de cierre del Proceso de Contratación es el que se relaciona a continuación:

Número total de trabajadores vinculados a la planta de personal	Número de personas con discapacidad en la planta de personal
5	1

[El proponente para acreditar el número de personas con discapacidad en su planta de personal, deberá aportar el certificado expedido por el Ministerio de Trabajo, el cual deberá estar vigente a la fecha de cierre del Proceso de Contratación.]

En constancia, se firma en Espinal - Tolima, a los doce (12) dias del mes de mayo de 2026.

CARLOS ARTURO ARANGO SALAZAR
C.C. No. 5.902.425 de Espinal – Tolima
Persona Natural

NURY JOHANNA ALVAREZ GALEANO
C.C. 1.105.674.874 de Espinal Tolima
T.P. 159997 – T
Contadora Publica

LA SUSCRITA COORDINADORA DEL GRUPO DE ATENCIÓN AL CIUDADANO Y TRÁMITES DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DEL TOLIMA

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:	13EE2026717300100000089
FECHA RADICADO:	08/01/2026
NOMBRE – RAZON SOCIAL:	**CARLOS ARTURO ARANGO SALAZAR**
IDENTIFICACIÓN:	5.902.425.-6

A. NUMERO TOTAL DE TRABAJADORES:	5
B. NUMERO DE TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD: *Numeral 2 del Artículo 2.2.1.2.4.2.6 del Decreto 1082 de 2015 (Puntaje adicional)*	1
C. NUMERO DE TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD CON POR LO MENOS UN (1) AÑO DE VINCULACIÓN O DESDE EL MOMENTO DE LA CONSTITUCIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA CUANDO ESTA ES INFERIOR A UN (1) AÑO ACREDITADOS CON CERTIFICADO DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL: *Literal a Articulo 24 Ley 361 de 1997* *Artículos 2.2.1.2.4.2.8 y 2.2.1.2.4.2.17 del Decreto 1082 de 2015 (Factores de desempate)*	1
D. PORCENTAJE DE TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD CON POR LO MENOS UN (1) AÑO DE VINCULACIÓN O DESDE EL MOMENTO DE LA CONSTITUCIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA CUANDO ESTA ES INFERIOR A UN (1) AÑO: *(C / A) x 100 - Escribir el porcentaje con dos decimales.*	**20%**

ADVERTENCIA: Recuerde que, en caso de ser beneficiado con puntajes adicionales y/o del sistema de preferencias 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 al beneficio verificado por esta Dirección Territorial, deberá mantenerse como mínimo por un lapso igual al termino de ejecución del contrato.

Corresponderá a la Entidad o Empresa contratante verificar lo antes señalado, por lo cual, el contratista deberá aportar la documentación que le sea solicitada y que acredite el cumplimiento de lo establecido, conforme con lo establecido en los artículos 2.2.1.2.4.2.7 y 2.2.1.2.4.2.17 (numeral 3) del Decreto 1082 de 2015.

El Ministerio del Trabajo ejercerá la Inspección, Vigilancia y Control en los asuntos de su competencia.

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 Ibagué, el veintiuno (21) de enero de dos mil veintiséis (2026).

GINA FARID CARMONA FRANCO
Coordinadora Grupo de Atención al Ciudadano y Trámites
Dirección Territorial Tolima



Funcionario/Contratista	Nombre	Cargo	Firma
Proyectado por:	Lilian Tatiana Sanchez Pino	Inspectora de Trabajo y Seguridad Social	*Tatiana S.*
Revisado por:	Gina Farid Carmona Franco	Coordinadora GACT DT Tolima	*Gina C.*
Aprobado por:	Gina Farid Carmona Franco	Coordinadora GACT DT Tolima	*Gina C.*
Declaramos que el documento ha sido elaborado y revisado conforme a las normas y disposiciones legales vigentes, y que su contenido refleja fielmente los criterios jurídicos y técnicos aplicables.			

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 5902425	0	CARLOS ARTURO ARANGO SALAZAR	B	11	ARL SURA - 14-11	SUCURSAL	4290	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
73-268	CARRERA 5 9 28		0			ING.CAAS@HOTMAIL.COM		S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-04	2026-05	37244998	E	2026-05-07	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	149.400	0	BANCO CAJA SOCIAL BCSC
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	37244998	2026-05-08	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES														DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN			Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.			
1	CC 93125447	SOTO VALDERRAMA ROSENDO	1.750.905	F																0			0	30	30	30	SINAFP-SINAFP	0	0	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.750.905	70.100	COMFATOLIMA-CCF48	1.750.905	70.100	1.750.905	9.200	0,00522	0	0	0	0	0	01	3	149.400	S	1711001

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 5902425	0	CARLOS ARTURO ARANGO SALAZAR	B	11	ARL SURA - 14-11	SUCURSAL	4290	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
73-268	CARRERA 5 9 28		0			ING.CAAS@HOTMAIL.COM		S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-04	2026-05	37244998	E	2026-05-07	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	149.400	0	BANCO CAJA SOCIAL BCSC
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	37244998	2026-05-08	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
0	1.750.905	1.750.905	1.750.905	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
EPS(Administradoras: 1)				1	70.100	0	0	0	70.100
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	1	70.100	0	0	0	70.100
ARP(Administradoras: 1)				1	9.200	0	0	0	9.200
ARL SURA	14-11	890903790	5	1	9.200	0	0	0	9.200
CCF(Administradoras: 1)				1	70.100	0	0	0	70.100
COMFATOLIMA	CCF48	800211025	1	1	70.100	0	0	0	70.100
Gran Total					149.400	0	0	0	149.400