

# **CRITERIOS DE DESEMPATE**



## **FORMATO B – VINCULACIÓN DE PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD**

Ciudad y Fecha: Bogotá D.C., 21 de octubre de 2022.

Señores

**PATRIMONIO AUTÓNOMO FINDETER VIAS DE SANTANDER**

Bogotá D.C. – Colombia

Referencia: **CONVOCATORIA No. PAF-VIASSANTANDER-I-174-2022.**

Por medio de los documentos adjuntos, me permito presentar propuesta para participar en la presente convocatoria cuyo objeto es Objeto: CONTRATAR LA "INTERVENTORÍA INTEGRAL (TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, CONTABLE, AMBIENTAL, SOCIAL, DE SOSTENIBILIDAD, PREDIAL Y JURÍDICA) PARA LA TERMINACIÓN SEGUNDA CALZADA PR 60+000 AL 60+350 RUTA 6602 GESTIÓN VIAL INTEGRAL ENTRE LA SALLE - INTERSECCIÓN PALENQUE - LA INTERSECCIÓN T DEL AEROPUERTO - EL MUNICIPIO DE LEBRIJA RUTA 6602, LA INTERSECCIÓN T DEL AEROPUERTO Y EL AEROPUERTO DE PALONEGRO RUTA 66ST02, LA INTERSECCIÓN DE PALENQUE- CAFÉ MADRID RUTA 45 A 08, EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE COOPERACIÓN No. 1113 DE 2016 EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER. INCLUYE GESTIÓN PREDIAL, SOCIAL Y AMBIENTAL SOSTENIBLE".

Estimados señores:

**FRANCISCO EDUARDO VASQUEZ ROMERO**, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.286.660, en mi condición de representante legal de **CIAF LTDA INGENIERIA** identificada con el NIT 800.130.967-6, certifico que tengo vinculado en la planta de personal un mínimo del diez por ciento (10 %) de empleados en las condiciones de discapacidad enunciadas en la Ley 361 de 1997, contratados con una anterioridad no inferior a un año, para lo cual adjunto el certificado expedido por el Ministerio del Trabajo.

De igual manera me comprometo en caso de resultar adjudicatario del presente proceso de contratación, a mantener vinculados a los empleados en condiciones de discapacidad por un lapso igual al del plazo de ejecución del contrato.

En constancia, se firma en Bogotá D.C., a los veintiún (21) días del mes de octubre de 2022.

**FRANCISCO EDUARDO VÁSQUEZ ROMERO**  
**REPRESENTANTE LEGAL CIAF LTDA INGENIERIA**

EL SUSCRITO COORDINADOR DEL GRUPO DE ATENCIÓN AL CIUDADANO Y TRÁMITES DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE 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:	13EE2022721100000018072
FECHA RADICADO:	20/05/2022
NOMBRE – RAZON SOCIAL:	C I A F LTDA INGENIERIA
IDENTIFICACIÓN:	800130967-6

A. NUMERO TOTAL DE TRABAJADORES:	2
B. NUMERO DE TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD: <i>Numeral 2 del Artículo 2.2.1.2.4.2.6 del Decreto 1082 de 2015 (Puntaje adicional)</i>	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: <i>Literal a Artículo 24 Ley 361 de 1997</i> <i>Artículos 2.2.1.2.4.2.8 y 2.2.1.2.4.2.17 del Decreto 1082 de 2015 (Factores de desempate)</i>	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: <i>(C / A) x 100 - Escribir el porcentaje con dos decimales.</i>	50,00%

**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. CD01140.

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.

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, 6 de junio de 2022

Verificó y Elaboró: : D Ramos

FRANZ HENRY BARBOSA AMAYA

## PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	800130967-6	C I A F LTDA INGENIERIA	CL 119 14 A 25 OF 201	3106972690	ciaftda.admon@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLÉADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-10	2022-09	E	18/10/2022	62246430	\$701.700	

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD				
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	48.800	0
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	52.000	0

TOTALES PENSIÓN				
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	NIT
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	208.000	
230301	Ponetrir	800224808-8	195.200	

TOTALES RIESGOS LABORALES				
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	NIT
14-7	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	96.900	

TOTALES CAJAS				
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	100.800	0

TOTALES PARAFISCALES			
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
0	0	0	0
0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	100.800	100.800
Pensión	2	403.200	403.200
Riesgos Laborales	1	96.900	96.900
CCF	1	100.800	100.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	6	701.700	701.700

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
NI	800130967-6	C I A F LTDA INGENIERIA	CL 119 14 A 25 OF 201	3106972690	ciaftda.admon@gmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ, D.C.	SI			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLÉADOS	UPC
					2	0
					TOTAL A PAGAR	
PERIODO SALUD	2022-10	2022-09	E	18/10/2022	62246430	\$701.700

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Colón extranjero	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	LMA	VIA	VCT	IBL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensión 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	1032372854	SANABRIA JIMENEZ LAUDY VIVIANA	1	0	S																230301	1.220.000	195.200	0	0	0	0	0	EPS002	1.220.000	48.800	14.7	1.220.000	1	6.400	CCF24	1.220.000	48.800	0	0	0	0	0	0	0
2	CC	1022417262	DUARTE CHARRY NICOLAS STIVEN	1	0	S																230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	52.000	14.7	1.300.000	5	90.500	CCF24	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0	0	0