

Anexo No. 12

Formato Acreditación de Mipymes

UARIV-SI-004-2019				
ANEXO				
Acreditación de la calidad de MIPYMES y MIPYMES Nacional				
Nombre de la Figura Asociativa o Proponente :				
Tabla: Relación de Requisitos Mínimos				
Razón Social	TAMAÑO EMPRESARIAL			País de Domicilio Principal
	MICRO EMPRESA	PEQUEÑA EMPRESA	MEDIANA EMPRESA	
Tabla: Relación de Firmas				
Razón Social	Firma	Nombre	Cargo	
Instrucciones:				
(1) Se deben relacionar los datos para el(los) Miembro(s) que son Mipymes en su figura asociativa.				
(2) Solo se debe señalar con una "X" el tamaño empresarial correspondiente.				
<p>(3) El presente anexo deberá ser suscrito por el representante legal y por el contador, revisor fiscal o quien corresponda en la jurisdicción aplicable (según corresponda) del(los) Miembro(s) que acreditan la calidad de Mipyme en este Formato. En el evento en que los auditores o los revisores fiscales del(los) miembros que acreditan ser Mipymes, no pudiesen suscribir el presente anexo, éste deberá estar ser suscrito, en reemplazo del auditor o revisor fiscal, por el vicepresidente financiero o su equivalente (y a falta de éste únicamente por el representante legal y el contador). pero en todo caso, deberá acompañarse de una certificación o una comunicación del revisor fiscal o auditor o de un abogado autorizado para ejercer en la jurisdicción de origen del interesado o del miembro de la estructura plural en la que se señale la imposibilidad de suscribir tal formato por limitación legal o por falta de autorización legal expresa.</p>				

**ANEXO N° 12A
(CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD)**

UARIV-SI-004-2019					
		ANEXO N°			
		Acreditación de Vinculación Laboral de personas en condiciones de Discapacidad			
Nombre del miembro la Estructura Plural o del Proponente :					
<p>Yo, _____, identificado bajo la cedula de ciudadanía número _____ expedida en _____, en mi calidad de representante legal de (indicar nombre de la Empresa) _____, declaro bajo la gravedad de juramento, que se entiende prestado con la firma del presente documento que el personal que se relaciona a continuación, se encuentra vinculado a mi empresa, así:</p>					
Razón Social de la Empresa contratante	Nombre del Personal discapacitado vinculado a la Empresa	Fecha de Vinculación	Número de Empleados vinculados a la Empresa	Número de personal discapacitado vinculado	Porcentaje que representa el personal con discapacidad respecto del personal vinculado a la Empresa
De acuerdo con lo previsto en el Pliego de Condiciones esta información debe presentarla el Representante Legal y el Revisor Fiscal o Contador Público.					
Firma del Representante Legal del Proponente		Firma del Revisor Fiscal o Contador Público del Proponente o miembro de la Estructura Plural			
Cedula de Ciudadanía _____, expedida en _____		T.P. No.			



El futuro
es de todos

Unidad para la atención
y reparación integral
a las víctimas

www.unidadvictimas.gov.co

Síguenos en:



Línea de atención nacional:
01 8000 91 11 19 - Bogotá: 426 11 11

Sede administrativa:
Carrera 85D No. 46A-65
Complejo Logístico San Cayetano - Bogotá, D.C.

