**FORMATO No. 10**

**CERTIFICACIÓN DE NÚMERO TOTAL DE TRABAJADORES VINCULADOS A LA PLANTA DE PERSONAL EN CONDICION DE DISCAPACIDAD**

El (los) suscrito (suscritos)_____*(Nombre Completo del Representante Legal)* , en mi condición de representante legal de_____*(Nombre o Razón Social del Proponente) y/o*_____*(Nombre completo del Revisor Fiscal o contador) en calidad de Revisor Fiscal o Contador de la*_____*(Nombre o Razón Social del Proponente)*, en cumplimiento a lo establecido en el pliego de condiciones, referente al factor de ponderación de INCENTIVO ADICIONAL PARA PROPONENTES CON TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD, bajo la gravedad del juramento certifico:

| NUMERO TOTAL DE TRABAJADORES DE LA PLANTA DE PERSONAL DEL PROPONENTE | NUMERO MÍNIMO DE TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD EXIGIDO | Señale con una (x) el número de trabajadores vinculados con discapacidad. |
|---|---|---|
| ENTRE 1 Y 30 | 1 | |
| ENTRE 31 Y 100 | 2 | |
| ENTRE 101 Y 150 | 3 | |
| ENTRE 151 Y 200 | 4 | |
| MAS DE 200 | 5 | |

FIRMA:

| | |
|---|---|
| | |

**Representante Legal** **Revisor Fiscal o Contador**

| **Notas** |
|---|
| • Recuerde que, para acreditar el número mínimo de personas con discapacidad en su planta de personal, debe aportar el certificado expedido por el Ministerio de Trabajo, el cual deberá estar vigente a la fecha de cierre del proceso de selección.<br><br>• El proponente que no presente debidamente diligenciado y firmado el presento formato junto con el certificado expedido por el Ministerio de Trabajo, no será calificado este requisito y el cual no es subsanable. |