FORMATO 12 — VINCULACIÓN Y ACREDITACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

[Criterio de asignación de puntaje adicional — hasta el dos por ciento (2%) del puntaje total, no acumulable, conforme al artículo 2.2.1.2.4.2.7.4 del Decreto 1082 de 2015, adicionado por el Decreto 0287 de 2026]

[El Proponente diligenciará únicamente la Opción que corresponda a su situación particular, de las siguientes cinco (5): Opción 1.1, Opción 1.2, Opción 1.3 u Opción 1.4 — acreditación como emprendimiento o empresa de personas con discapacidad, en los términos del artículo 2.2.1.2.4.2.6 del Decreto 1082 de 2015 —, u Opción 2 — vinculación laboral de personas con discapacidad en la planta de personal, en los términos del numeral 2 del artículo 2.2.1.2.4.2.7.4 del mismo Decreto. El puntaje adicional a otorgar es único, hasta del dos por ciento (2%), y no acumulable entre las opciones.]

OPCIÓN 1.1 — PERSONA NATURAL CON DISCAPACIDAD QUE EJERCE UNA PROFESIÓN LIBERAL
(Artículo 2.2.1.2.4.2.6, numeral 1, del Decreto 1082 de 2015, adicionado por el Decreto 0287 de 2026)

[Este Formato debe diligenciarse por el Proponente persona natural con discapacidad que ejerce una profesión liberal, o por el integrante persona natural del Proponente Plural que acredite dicha condición.]

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Dirección de la entidad]
[Ciudad]

REFERENCIA:	Proceso de Contratación [Incluir número del Proceso de Contratación], en adelante el "Proceso de contratación"

OBJETO: (objeto)
[Incluir cuando el proceso es estructurado por lotes o grupos] Lote: [Indicar el lote o lotes a los cuales se presenta oferta.]

Estimados señores:

[Incluir el nombre de la persona natural] identificado(a) con *[Incluir el número de identificación]*, en mi condición de persona con discapacidad que ejerzo la profesión liberal de *[Indicar la profesión]*, en adelante el Proponente, certifico bajo la gravedad de juramento la condición de emprendimiento de persona con discapacidad en los términos del numeral 1 del artículo 2.2.1.2.4.2.6 del Decreto 1082 de 2015, adicionado por el Decreto 0287 de 2026.

Para acreditar la anterior circunstancia aporto copia de la cédula de ciudadanía, la cédula de extranjería o el pasaporte, el certificado de discapacidad expedido de acuerdo con la

normativa del Ministerio de Salud y Protección Social, así como el título profesional correspondiente.

En constancia, se firma en *[Ciudad],* a los *DD* días del mes de *MM* de *AAAA.*

_____
[Nombre y firma de la persona natural]

OPCIÓN 1.2 — PERSONA NATURAL CON DISCAPACIDAD CON ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO
(Artículo 2.2.1.2.4.2.6, numeral 2, del Decreto 1082 de 2015, adicionado por el Decreto 0287 de 2026)

[Este Formato debe diligenciarse por el Proponente persona natural con discapacidad que ha ejercido actividades comerciales a través de un establecimiento de comercio, o por el integrante persona natural del Proponente Plural que acredite dicha condición.]

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Dirección de la entidad]
[Ciudad]

REFERENCIA:	Proceso de Contratación [Incluir número del Proceso de Contratación], en adelante el "Proceso de contratación"

OBJETO: (objeto)
[Incluir cuando el proceso es estructurado por lotes o grupos] Lote: [Indicar el lote o lotes a los cuales se presenta oferta.]

Estimados señores:

[Incluir el nombre de la persona natural] identificado(a) con *[Incluir el número de identificación]*, en mi condición de persona con discapacidad, en adelante el Proponente, certifico bajo la gravedad de juramento que he ejercido actividades comerciales a través del establecimiento de comercio *[Indicar el nombre del establecimiento de comercio], [identificado con NIT _____]*, durante al menos el último año anterior a la fecha de cierre del Proceso de Contratación, en los términos del numeral 2 del artículo 2.2.1.2.4.2.6 del Decreto 1082 de 2015, adicionado por el Decreto 0287 de 2026.

Para acreditar la anterior circunstancia aporto copia de la cédula de ciudadanía, la cédula de extranjería o el pasaporte, el certificado de discapacidad expedido de acuerdo con la normativa del Ministerio de Salud y Protección Social, así como la copia del registro mercantil.

En constancia, se firma en *[Ciudad],* a los *DD* días del mes de *MM* de *AAAA.*

_____

[Nombre y firma de la persona natural]

OPCIÓN 1.3 — PERSONA JURÍDICA CON PARTICIPACIÓN MAYORITARIA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD
(Artículo 2.2.1.2.4.2.6, numeral 3, del Decreto 1082 de 2015, adicionado por el Decreto 0287 de 2026)

[Este Formato debe diligenciarse por el Proponente persona jurídica en la que más del cincuenta por ciento (50%) de sus acciones, partes de interés o cuotas de participación pertenezcan a personas con discapacidad, o por el integrante persona jurídica del Proponente Plural que acredite dicha condición.]

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Dirección de la entidad]
[Ciudad]

REFERENCIA:	Proceso de Contratación [Incluir número del Proceso de Contratación], en adelante el "Proceso de contratación"

OBJETO: (objeto)
[Incluir cuando el proceso es estructurado por lotes o grupos] Lote: [Indicar el lote o lotes a los cuales se presenta oferta.]

Estimados señores:

[Incluir el nombre del representante legal y del revisor fiscal, cuando este último exista de acuerdo con los requerimientos de ley, o el contador] identificados con *[Incluir los números de identificación]*, en nuestra condición de representante legal *[y revisor fiscal, en caso de estar obligado según los requerimientos de ley, o el contador]* de *[Incluir la razón social de la persona jurídica]* identificada con el NIT *[Incluir el NIT]*, en adelante el Proponente, certificamos bajo la gravedad de juramento que más del cincuenta por ciento (50%) de las acciones, partes de interés o cuotas de participación de la persona jurídica pertenecen a personas con discapacidad y que los derechos de propiedad han pertenecido a estas durante al menos el último año anterior a la fecha de cierre del Proceso de Contratación, en los términos del numeral 3 del artículo 2.2.1.2.4.2.6 del Decreto 1082 de 2015, adicionado por el Decreto 0287 de 2026.

En el siguiente cuadro señalamos la identificación de las personas con discapacidad y la distribución de los derechos en la sociedad durante el último año:

Nombre completo y número de identificación de la(s) persona(s) con discapacidad	Número de acciones, partes de interés o cuotas de participación (o porcentaje de participación)

Como soporte de esta declaración se anexa copia de (i) los documentos de identidad, (ii) el certificado de discapacidad expedido de acuerdo con la normativa del Ministerio de Salud y Protección Social, y (iii) el certificado de existencia y representación legal, junto con la certificación del representante legal y el revisor fiscal, cuando exista de acuerdo con los requerimientos de ley, o el contador, sobre la distribución de derechos y el tiempo de participación.

[Las certificaciones de que trata esta opción deben expedirse bajo la gravedad de juramento, con una fecha máxima de treinta (30) días calendario anteriores a la prevista para el cierre del procedimiento de selección, conforme al parágrafo del artículo 2.2.1.2.4.2.6 del Decreto 1082 de 2015.]

En constancia, se firma en *[Ciudad],* a los *DD* días del mes de *MM* de *AAAA.*

_____

[Nombre y firma del representante legal]

_____

[Nombre y firma del revisor fiscal, cuando exista de acuerdo con los requerimientos de ley, o del contador]

OPCIÓN 1.4 — PERSONA JURÍDICA CON PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN CARGOS DE NIVEL DIRECTIVO
(Artículo 2.2.1.2.4.2.6, numeral 4, del Decreto 1082 de 2015, adicionado por el Decreto 0287 de 2026)

[Este Formato debe diligenciarse por el Proponente persona jurídica que tenga vinculada laboralmente al menos una persona con discapacidad en cargos de nivel directivo, o por el integrante persona jurídica del Proponente Plural que acredite dicha condición.]

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Dirección de la entidad]

[Ciudad]

REFERENCIA:	Proceso de Contratación [Incluir número del Proceso de Contratación], en adelante el "Proceso de contratación"

OBJETO: (objeto)
[Incluir cuando el proceso es estructurado por lotes o grupos] Lote: [Indicar el lote o lotes a los cuales se presenta oferta.]

Estimados señores:

[Incluir el nombre del representante legal y del revisor fiscal, cuando este último exista de acuerdo con los requerimientos de ley, o el contador] identificados con *[Incluir los números de identificación]*, en nuestra condición de representante legal *[y revisor fiscal, en caso de estar obligado según los requerimientos de ley, o el contador]* de *[Incluir la razón social de la persona jurídica]* identificada con el NIT *[Incluir el NIT]*, en adelante el Proponente, certificamos bajo la gravedad de juramento que la(s) siguiente(s) persona(s) con discapacidad ocupa(n) o ha(n) ocupado cargos de nivel directivo dentro de la empresa durante al menos el último año anterior a la fecha de cierre del Proceso de Contratación, en el mismo cargo u otro del mismo nivel, en los términos del numeral 4 del artículo 2.2.1.2.4.2.6 del Decreto 1082 de 2015, adicionado por el Decreto 0287 de 2026.

Denominación del cargo directivo	Nombre completo y número de identificación	Tiempo de vinculación

Para los efectos de esta certificación son empleos del nivel directivo aquellos cuyas funciones están relacionadas con la dirección de áreas misionales de la empresa y la toma de decisiones a nivel estratégico. En este sentido, son cargos de nivel directivo los que dentro de la organización de la empresa se encuentran ubicados en un nivel de mando o los que por su jerarquía desempeñan cargos encaminados al cumplimiento de funciones orientadas a representar al empleador.

Como soporte de esta declaración se anexa copia de (i) los documentos de identidad, (ii) los contratos de trabajo o certificación laboral con las funciones, (iii) el certificado de aportes a seguridad social del último año en el que se demuestren los pagos realizados por el empleador, y (iv) el certificado de discapacidad expedido de acuerdo con la normativa del Ministerio de Salud y Protección Social, en relación con cada una de las personas relacionadas.

[Las certificaciones de que trata esta opción deben expedirse bajo la gravedad de juramento, con una fecha máxima de treinta (30) días calendario anteriores a la prevista para el cierre del procedimiento de selección, conforme al parágrafo del artículo 2.2.1.2.4.2.6 del Decreto 1082 de 2015.]

En constancia, se firma en *[Ciudad],* a los *DD* días del mes de *MM* de *AAAA.*

_____
[Nombre y firma del representante legal]

_____
[Nombre y firma del revisor fiscal, cuando exista de acuerdo con los requerimientos de ley, o del contador]

OPCIÓN 2 — VINCULACIÓN LABORAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LA PLANTA DE PERSONAL
(Artículo 2.2.1.2.4.2.7.4, numeral 2, del Decreto 1082 de 2015, adicionado por el Decreto 0287 de 2026)

[Este Formato debe diligenciarse por el Proponente, persona natural o jurídica, que acredite la vinculación laboral de personas con discapacidad en su planta de personal, con sujeción a las exigencias y garantías legalmente establecidas, mediante contrato laboral con dedicación exclusiva.]

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Dirección de la entidad]
[Ciudad]

REFERENCIA:	Proceso de Contratación [Incluir número del Proceso de Contratación], en adelante el "Proceso de contratación"

OBJETO: (objeto)
[Incluir cuando el proceso es estructurado por lotes o grupos] Lote: [Indicar el lote o lotes a los cuales se presenta oferta.]

Estimados señores:

[Incluir el nombre de la persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda] identificado con *[Incluir el número de identificación]*, en mi condición de *[Indicar si actúa como representante legal o revisor fiscal] de [Incluir la razón social de la persona jurídica]* identificada con NIT *[Incluir el NIT]*, en adelante el Proponente, manifiesto bajo la gravedad de juramento que, a la fecha de presentación de la oferta dentro del Proceso de Contratación de la referencia, el número total de trabajadores vinculados a la planta de personal y el número de trabajadores con discapacidad vinculados mediante contrato laboral con dedicación exclusiva es el que se

relaciona a continuación, en los términos del numeral 2 del artículo 2.2.1.2.4.2.7.4 del Decreto 1082 de 2015, adicionado por el Decreto 0287 de 2026:

Número total de trabajadores vinculados a la planta de personal	Número de personas con discapacidad vinculadas (contrato laboral, dedicación exclusiva)

De acuerdo con el tamaño de la planta de personal acreditada, el número mínimo de trabajadores con discapacidad exigido para acceder al puntaje adicional por esta opción es el siguiente:

Número total de trabajadores de la planta de personal del proponente	Número mínimo de trabajadores con discapacidad requerido
Entre 1 y 30	2
Entre 31 y 100	3
Entre 101 y 150	4
Entre 151 y 200	5
Entre 201 y 300	7
Entre 301 y 400	10
Entre 401 y 500	12
Entre 501 y 600	14
Entre 601 y 700	16
Más de 700	En adelante, por cada 100 trabajadores adicionales deberá contarse dos (2) trabajadores con discapacidad adicionales

La certificación deberá relacionar el nombre completo y el número de documento de identidad de cada una de las personas con discapacidad vinculadas a la planta de personal:

No.	Nombre completo	Número de documento de identidad
1		
2		
3		
4		
5		

[La presente certificación se expide con una antelación no mayor a treinta (30) días calendario respecto de la fecha de presentación de la oferta y deberá estar suscrita por el representante legal del proponente y el revisor fiscal, cuando exista de acuerdo con los requerimientos de ley, o por el contador. Como soporte documental se deberá anexar: (i) copia de los documentos de identidad de las personas con discapacidad relacionadas; (ii)

copia de los contratos de trabajo o certificación laboral con las funciones desempeñadas, sin que se puedan relacionar contratos de prestación de servicios; (iii) certificado de aportes a seguridad social de los últimos tres (3) meses en el que se demuestren los pagos realizados por el empleador; y (iv) certificado de discapacidad expedido conforme a la normativa vigente del Ministerio de Salud y Protección Social. Esta condición también podrá acreditarse mediante el certificado que para el efecto expida el Ministerio de Trabajo, cuya vigencia verificará la Entidad Estatal contratante. Cuando el proponente sea plural (consorcio o unión temporal), se tomará en cuenta únicamente la planta de personal del integrante con mayor participación porcentual.]

En constancia, se firma en *[Ciudad],* a los *DD* días del mes de *MM* de *AAAA.*

_____

[Nombre y firma del representante legal de la persona jurídica, o de la persona natural, según corresponda]

_____

[Nombre y firma del revisor fiscal, cuando exista de acuerdo con los requerimientos de ley, o del contador]

Elaboró:	Cristian Andrés Rodríguez Collazos	Revisó:	Angy Carolina Rojas Rivas	Aprobó:	Diego Felipe Pinto Diaz
Firma:		Firma:		Firma:	
Cargo:	**Contratista**	**Cargo:**	**Directora Dirección de Contratación**	**Cargo:**	**Presidente del Comité Institucional de Gestión y Desempeño**