[Número del Proceso de Contratación]

FORMATO 10 – EMPLEADORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y/O EMPRENDIMIENTOS Y EMPRESAS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

FORMATO 10A – PERSONAS NATURALES CON DISCAPACIDAD QUE EJERZAN UNA PROFESIÓN LIBERAL

[Este Formato debe diligenciarse por los Proponentes personas naturales o los integrantes que sean personas naturales del Proponente Plural y acrediten la condición de discapacidad y el ejercicio de una profesión liberal.]

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de Contratación [Incluir número del Proceso de Contratación]

Objeto:
[Incluir cuando el Proceso de Contratación sea 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], identificada con [Incluir el número de identificación], certifico que ejerzo profesión liberal como [incluir profesional liberal que desempeña], y que cumplo con las condiciones señaladas en el numeral 1 del articulo 2.2.1.2.4.2.6. del Decreto 1082 de 2015, modificado por el Decreto 287 de 2026.

Para acreditar la anterior circunstancia aporto: (i) [copia de la cédula de ciudadanía, la cédula de extranjería o el pasaporte, según corresponda], (ii) certificado de discapacidad expedido de acuerdo con la normativa del Ministerio de Salud y Protección Social, y (iii) el título profesional correspondiente.

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de _____ del 20__.

_____
[Nombre y firma de la persona natural]

FORMATO 10B – PERSONAS NATURALES CON DISCAPACIDAD CON ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO

[Este Formato debe diligenciarse por los Proponentes personas naturales o los integrantes que sean personas naturales del Proponente Plural y acrediten la condición de discapacidad y la realización de actividades comerciales a través de establecimiento de comercio.]

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de Contratación [Incluir número del Proceso de Contratación]

Objeto:
[Incluir cuando el Proceso de Contratación sea 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], identificada con [Incluir el número de identificación], certifico que he realizado actividades comerciales a través de establecimiento de comercio, durante al menos el último año anterior a la fecha del cierre del presente proceso de selección, y que cumplo con las condiciones señaladas en el numeral 2 del articulo 2.2.1.2.4.2.6. del Decreto 1082 de 2015, modificado por el Decreto 287 de 2026.

Para acreditar la anterior circunstancia aporto: (i) [copia de la cédula de ciudadanía, la cédula de extranjería o el pasaporte, según corresponda], (ii) certificado de discapacidad expedido de acuerdo con la normativa del Ministerio de Salud y Protección Social, y (iii) copia del Registro Mercantíl.

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de _____ del 20__.

_____
[Nombre y firma de la persona natural]

FORMATO 10C – EMPRENDIMIENTOS Y EMPRESAS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD: ACCIONES, PARTES O CUOTAS DE PARTICIPACIÓN DENTRO DE LA PERSONA JURÍDICA

[Este Formato debe diligenciarse por los Proponentes personas jurídicas o los integrantes que sean personas jurídicas del Proponente Plural y acrediten la condición de emprendimientos y empresas con discapacidad, si la participación accionaria de la persona jurídica en su mayoría son discapacitados y los derechos de propiedad han pertenecido a éstas durante el último año].

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de Contratación [Incluir número del Proceso de Contratación]

Objeto:
[Incluir cuando el Proceso de Contratación sea 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 de la persona jurídica 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, acreditamos la condición de ser emprendimiento y empresa de discapacitados en los términos del numeral 3 del artículo 2.2.1.2.4.2.6 del Decreto 1082 de 2015, modificado por el Decreto 287 de 2026.

Manifestamos bajo la gravedad del 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 los derechos de propiedad han pertenecido a estas durante al menos el último año anterior a la fecha de cierre del Proceso de Selección:

Nombre completo y número de identificación del (los) discapacitados que tienen o tuvieron participación durante el último año en la persona jurídica	Número de acciones, partes de interés o cuotas de participación de la persona jurídica, o el alcance o condición de su participación en el caso de las personas jurídicas sin ánimo de lucro

De igual manera, manifestamos bajo la gravedad del juramento que más del cincuenta por ciento (50 %) de las acciones, partes de interés o cuotas de participación de la persona jurídica ha pertenecido a discapacitados, y dicha participación mayoritaria se ha mantenido a partir de: [Indicar la fecha (día/mes/año) desde que se cumple con dicha condición].

Para acreditar la anterior circunstancia aporto: (i) [copia de la cédula de ciudadanía, la cédula de extranjería o el pasaporte, según corresponda], (ii) certificado de discapacidad expedido de acuerdo con la normativa del Ministerio de Salud y Protección Social, y (iii) copia del certificado de existencia y representación legal.

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de _____ del 20__

_____

[Nombre y firma del representante legal de la persona jurídica]

[Nombre y firma del revisor fiscal o el contador de la persona jurídica]

FORMATO 10D – EMPRENDIMIENTOS Y EMPRESAS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD: PERSONA VINCULADA EN EMPLEO DEL NIVEL DIRECTIVO

[Este Formato debe diligenciarse por los Proponentes personas jurídicas o los integrantes que sean personas jurídicas del Proponente Plural y acrediten la condición de emprendimientos y empresas con discapacidad, si existe al menos una persona con discapacidad que está vinculada en empleos del nivel directivo de la persona jurídica, durante al menos el último año.]

Señores
[NOMBRE DE LA ENTIDAD]
[Ciudad]

REFERENCIA: Proceso de Contratación [Incluir número del Proceso de Contratación]

Objeto:
[Incluir cuando el Proceso de Contratación sea 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 de la persona jurídica 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, acreditamos la condición de ser emprendimiento y empresa de discapacitados en los términos del numeral 4 del artículo 2.2.1.2.4.2.6 del Decreto 1082 de 2015, modificado por el Decreto 287 de 2026.

En el siguiente cuadro señalamos de forma detallada la denominación del cargo directivo que existe dentro de la persona jurídica, ocupado por una persona en condición de discapacidad, la identificación, y el tiempo de vinculación:

Denominación del cargo directivo dentro de la empresa	Nombre completo y número de identificación de la (s) persona (s) en condición de discapacidad que ocuparon / ejercen el cargo durante el último año en la persona jurídica	Tiempo de vinculación de la (s) persona(s) en condición de discapacidad que ejerció / ejerce el cargo del nivel directivo
[Indique la denominación del cargo directivo, a modo de ejemplo: Gerente general, director ejecutivo]	[Indique el nombre completo y el número de identificación de las personas que ocuparon / ejercen el cargo en el último año]	[Indique el tiempo de vinculación de la persona que ejerció/ejerce el cargo en el nivel directivo]
	[Indique el nombre completo y el número de identificación de las personas que ocuparon / ejercen el cargo en el último año]	[Indique el tiempo de vinculación de la persona que ejerció/ejerce el cargo en el nivel directivo]
	[Indique el nombre completo y el número de identificación de las personas que ocuparon / ejercen el cargo en el último año]	[Indique el tiempo de vinculación de la persona que ejerció/ejerce el cargo en el nivel directivo]
	[Indique el nombre completo y el número de identificación de las personas que ocuparon / ejercen el cargo en el último año]	[Indique el tiempo de vinculación de la persona que ejerció/ejerce el cargo en el nivel directivo]

Conforme a lo anterior, manifestamos bajo la gravedad del juramento que por lo menos un empleo del nivel directivo de la persona jurídica han sido ejercidos por discapacitados y estos han estado vinculados laboralmente a 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.

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 del rango directivo los que dentro de la organización de la empresa implican 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 respectivos documentos de identidad, (ii) los contratos de trabajo o certificación laboral con las funciones y (iii) el certificado de aportes al Sistema de Seguridad Social del último año en el que se demuestren los pagos realizados por el empleador, (iv) certificado de discapacidad expedido de acuerdo con la normativa del Ministerio de Salud y Protección Social.

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de _____ del 20__

_____

[Nombre y firma del representante legal de la persona jurídica]

[Nombre y firma del revisor fiscal o el contador de la persona jurídica]

FORMATO 10E – EMPLEADORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

[Este Formato debe diligenciarse por los Proponentes personas jurídicas o el integrante que sea persona jurídica del Proponente Plural con mayor participación porcentual y acredite la condición de empleadores de personas con discapacidad.]

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

REFERENCIA: Proceso de Contratación [Incluir número del Proceso de Contratación]

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 de la persona jurídica] identificado con [Incluir el número de identificación] en mi condición de representante legal de [Incluir la razón social de la persona jurídica] identificada con el NIT. [Incluir el NIT], y [Incluir el nombre del revisor fiscal, cuando exista de acuerdo con los requerimientos de ley, o el contador] identificado con [Incluir el número de identificación], y con tarjeta profesional [Incluir número de tarjeta profesional] de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de [revisor fiscal, cuando exista de acuerdo con los requerimientos de ley, el contador] de la misma persona jurídica, 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

A continuación se relaciona el nombre completo y número de documento de identidad de cada una de las personas con discapacidad:

Nombre completo de las personas con discapacidad	Documento de identidad

Como soporte de esta declaración se anexa copia de (i) los respectivos documentos de identidad, (ii) los contratos de trabajo o certificación laboral con las funciones, sin que se puedan relacionar contratos de prestación de servicios, (iii) el certificado de aportes a la seguridad social de los últimos tres (3) meses el que se demuestren los pagos realizados por el empleador, (iv) el certificado de discapacidad expedido conforme a la normativa vigente del Ministerio de Salud y Protección Social.

[El Proponente para acreditar el número de personas con discapacidad en su planta de personal, tendrá que 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 _____, a los ____ días del mes de _____ del 20__

_____

[Nombre y firma del representante legal de la persona jurídica]

_____

[Nombre y firma del revisor fiscal o contador]