

FORMATO 8 — VINCULACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD – DESMPATE

[Nombre del representante legal], en mi calidad de representante legal de [indicar nombre de la Empresa, persona natural o jurídica que pretenda acreditar la vinculación laboral de personas en condiciones de discapacidad] identificada con el NIT No. [número de NIT] o [Nombre de la persona natural que pretenda acreditar la vinculación laboral de personas en condiciones de discapacidad] identificada con No. [número de cédula de ciudadanía, de extranjería o pasaporte] declaro bajo la gravedad de juramento que mi planta de personal se encuentra conformada así:

Número total de trabajadores vinculados a la planta de personal	Número de personas con discapacidad con por lo menos un año de vinculación a la empresa, de conformidad con lo señalado en el certificado vigente expedido por el Ministerio de Trabajo	Porcentaje que representa el personal con discapacidad con más de un año de vinculación a la empresa, respecto del personal vinculado a la Empresa
XX	XX	XX

Así mismo, manifiesto que, en el evento de resultar adjudicatario del Proceso de Contratación, me comprometo a mantener en mi planta de personal el número de trabajadores con discapacidad que dé lugar a la aplicación del numeral cuarto del Artículo 2.2.1.1.2.2.9. *Factores de desempate* del Decreto 1082 de 2015.

Adjunto al presente formato el certificado vigente expedido por el Ministerio de Trabajo que evidencia las personas en situación de discapacidad vinculadas a mi planta de personal.

Para su constancia firma, el [Incluir fecha]

Nombre del Representante Legal _____

[o] Nombre del Revisor Fiscal _____

C. C. No. _____ de _____

[Nombre y firma del Representante Legal
O del Revisor Fiscal]