**ANEXO No. 05**

**INCENTIVO A LA INDUSTRIA NACIONAL**

El suscrito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con C.C. No. \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en mi condición de Representante Legal de la (Empresa, consorcio o unión temporal ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_en cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 816 de 2003, Decreto 1082 de 2015 y demás normas que lo modifiquen o adicionen, certifico bajo la gravedad de juramento que los servicios que presto son de origen.

|  |  |
| --- | --- |
| **Diligencia con X el campo en que aplica** | **CONDICIÓN** |
|  | Los Proponentes que certifiquen que a partir del 51% de los servicios ofrecidos son de origen nacional o se encuentran dentro de un “trato nacional” |
|  | Los Proponentes que certifiquen que hasta el 50% de los servicios ofrecidos son de origen nacional o se encuentran dentro de un “trato nacional” |
|  | Los Proponentes que no ofrezca o especifique que los servicios ofrecidos son de origen nacional o se encuentran dentro de un “trato nacional” |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Diligencia con X el campo en que aplica | | | | |
| Tiene tratado | SI |  | NO |  |
| Numero de tratado |  | | | |
| Fecha de suscripción del tratado |  | | | |
| Vigencia del tratado |  | | | |
| **NOTA**: Para la obtención de la puntuación se debe indicar claramente la información del tratado de libre comercio. La Universidad podrá verificar la información suministrada | | | | |

**NOTA ACLARATORIA:** En el caso **consorcios y de las uniones temporales** el anexo N°8 deberá ser diligenciado por el Representante Legal del consorcio o unión temporal

Atentamente,

**Nombre o Razón Social del Proponente:**

**NIT.:**

**Nombre del Representante Legal:**

**C. C. N° de**

**FIRMA: ;**

**NOMBRE DE QUIEN FIRMA:**

**ANEXO No. 06**

**INCENTIVO A LAS MYPIME**

El suscrito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con C.C. No. \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en mi condición de Representante Legal de la Empresa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ( integrante del consorcio o unión temporal – cuando aplique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_en cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 905 de 2004, certifico bajo la gravedad de juramento que mi planta de personal se encuentra conformada por la siguiente cantidad de trabajadores.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NUMERO DE TRABAJADORES** | **CONDICIÓN** | **DOCUMENTO** |
|  | Los Proponentes que certifiquen que cuentan con una planta de personal de UN (01) a CINCUENTA (50) empleados | Ultima planilla de pago al Sistema de Seguridad Social del mes inmediatamente anterior a la presentación de la propuesta. |
|  | Los Proponentes que certifiquen que cuentan con una planta de personal de **CINCUENTA Y UN (51) a DOSCIENTOS (200)** empleados | Ultima planilla de pago al Sistema de Seguridad Social del mes inmediatamente anterior a la presentación de la propuesta. |
|  | Los Proponentes que excedan los anteriores valores o que no certifiquen estos datos | N/A |

**NOTA ACLARATORIA:** Para el caso de Consorcios y Uniones temporales, el puntaje se otorgará aplicando el porcentaje de participación sobre la planta de personal de cada uno de los proponentes plurales y sumando los resultados correspondientes. Para la obtención del puntaje cada integrante del consorcio o unión temporal deberá aportar la última planilla de pago al sistema de Seguridad Social. El Representante Legal del Consorcio o unión temporal deberá diligenciar y firmar el Anexo N°9.

Atentamente,

**Nombre o Razón Social del Proponente:**

**NIT.:**

**Nombre del Representante Legal:**

**C. C. N° de**

**FIRMA: ;**

**NOMBRE DE QUIEN FIRMA:**

**ANEXO No. 7**

**INCENTIVO EN FAVOR DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

El suscrito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con C.C. No. \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en mi condición de (persona natural, representante Legal o revisor fiscal) de la Empresa\_\_\_(cuando aplique)\_\_\_\_\_\_\_, ( integrante del consorcio o unión temporal – cuando aplique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_en cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 392 de 2018, certifico bajo la gravedad de juramento que mi planta de personal se encuentra conformada por la siguiente cantidad de trabajadores en condición de discapacidad.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Indicar número total de trabajadores de planta** | **Número de trabajadores de planta con discapacidad** | **Número total de trabajadores de la planta del personal del proponente** | **Número mínimo de trabajadores con discapacidad exigido** |
|  |  | NO POSEE | NO POSEE |
|  |  | Entre 1 y 30 | 1 |
|  |  | Entre 31 y 100 | 2 |
|  |  | Entre 101 y 150 | 3 |
|  |  | Entre 151 y 200 | 4 |
|  |  | Más de 200 | 5 |

Los proponentes, que no tengan personal con discapacidad incluido dentro de su planta no obtendrán puntaje alguno, así mismo, el proponente que no se encuentre dentro de los rangos anteriormente descritos no obtendrán puntaje alguno

**NOTA1**: Si la oferta es presentada por un proponente plural se tendrá en cuenta la planta de personal del integrante del consorcio o unión temporal que aporte como mínimo el 40% de la experiencia requerida para la respectiva contratación.

**NOTA 2 :** Los oferentes que no aporten el **certificado expedido por el Ministerio de Trabajo** vigente a la fecha de cierre del proceso de selección que acredite la condición descrita del personal de su planta de trabajadores así hayan diligenciado el presente anexo no tendrán puntaje.

Atentamente,

**Nombre o Razón Social del Proponente:**

**NIT.:**

**Nombre del Representante Legal:**

**C. C. N°de**

**FIRMA:;**

**NOMBRE DE QUIEN FIRMA:**