**ANEXO No. 10**

**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 y en concordancia con el Decreto 1279 de 2021, 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 operativa no obtendrán puntaje alguno, así mismo, el proponente que no se encuentre dentro de los rangos anteriormente descritos no obtendrán puntaje alguno

Recuerde que el proponente debe acreditar con la propuesta mediante comunicación escrita, que acredite la vinculación de trabajadores con discapacidad en su planta de personal, de acuerdo a los siguientes requisitos:

1. Constancia de la relación total del personal operativo publicado en el módulo de acreditación del personal operativo dispuesto en la en la página web oficial del a Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada, con una fecha no superior a TREINTA (30) DÌAS calendario anteriores a la presentación de la propuesta.
2. El Anexo N° 10.- INCENTIVO EN FAVOR DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD debe ser presentado, debidamente diligenciado. En el caso consorcios y de las uniones temporales deberá ser diligenciado por el Representante Legal del consorcio o unión temporal, cumpliendo con lo indicado en este numeral
3. Copia legible de los respectivos documentos de identidad
4. Para demostrar la condición de discapacidad, el certificado de discapacidad de cada uno de los trabajadores de conformidad con la Resolución Nº 113 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social o aquellas normas que lo complementen, desarrollen, modifiquen o sustituyan.

Atentamente,

**Nombre o Razón Social del Proponente:**

**NIT.:**

**Nombre del Representante Legal:**

**C. C. N°de**

**FIRMA:;**

**NOMBRE DE QUIEN FIRMA:**