

SELECCIÓN ABREVIADA SUBASTA INVERSA No. VJ-VPRE-SI-001-2017

ANEXO 10

Acreditación de Vinculación Laboral de personas en condiciones de Discapacidad

Nombre del miembro la Estructura Plural o del Proponente : _____

Yo, _____, identificado bajo la cédula de ciudadanía número _____ expedida en _____, en mi calidad de representante legal de (indicar nombre de la Empresa) _____, declaro bajo la

gravedad de juramento, que se entiende prestado con la firma del presente documento que el personal que se relaciona a continuación, se encuentra vinculado a mi empresa, así:

Razón Social de la Empresa contratante	Nombre del Personal discapacitado vinculado a la Empresa	Fecha de Vinculación	Número de Empleados vinculado a la Empresa	Número de personal discapacitado vinculado	Porcentaje que representa el personal con discapacidad respecto del personal vinculado a la Empresa

Adicionalmente me obligo a mantener vinculado el personal relacionado en el cuadro anterior o un porcentaje equivalente al mismo por un lapso igual a la duración del contrato.

De acuerdo con lo previsto en el Pliego de Condiciones esta información debe presentarla el Representante Legal o por el integrante de la estructura plural que pretenda acreditar tal condición