**ANEXO 16**

**Relación de Personal con alguna discapacidad**

[Elaborar en papel membretado del Interesado]

**[En caso de consorcios, cada uno de los miembros deberá presentar este documento]**

[Insertar fecha]

**Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo**

**Comisión Gasto Financiamiento**

Re: Licitación Pública Nacional No. UAEH-LP-N63-2024.

**Adquisición de Equipamiento Tecnológico para el Edificio de Prevención y Protección Universitaria**

Me refiero a la Licitación Pública Nacional No. **UAEH-LP-N63-2024** relativa a **Adquisición de Equipamiento Tecnológico para el Edificio de Prevención y Protección Universitaria.**

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 33 tercer y cuarto párrafo, de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público del Estado de Hidalgo, el que suscribe (nombre del representante legal), manifiesto bajo protesta de decir verdad que mi representada la licitante (nombre o razón social), cuenta con un porcentaje de (xx.xx%) representativo del 100% del total de la plantilla laboral con algún tipo de discapacidad, que dicho personal se encuentra inscrito en el régimen obligatorio del IMSS, que la inscripción ante ese instituto es superior a 6 meses a la fecha de presentación de la propuesta y que se acredita con copia del alta ante ese instituto, mismo que se relaciona en el listado a continuación:

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE | Antigüedad del alta ante el IMSS (meses) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

El licitante deberá llevar a cabo el cálculo siguiente:

Total de personal con discapacidad = “X”

Total de su plantilla laboral = “Y”

Porcentaje = (Total “X” / Total “Y”) X 100

Protesto lo necesario.

---------------------------------------------------------

Representante legal

(nombre y firma del representante legal)

EL DOCUMENTO DEBERÁ PREPARARSE EN PAPEL OFICIAL DEL LICITANTE SI EN LA PLANTA LABORAL DE LA EMPRESA NO SE CUENTA CON PERSONAL DISCAPACITADO, SE DEBERÁ INDICAR EN EL CUADRO LA LEYENDA NO APLICA.

EN EL CASO DE PROPUESTA CONJUNTA, SE DEBERÁ PRESENTAR ESTE FORMATO POR CADA UNO DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO.

SE DEBERÁ DE ANEXAR COPIA DEL ALTA EN EL RÉGIMEN OBLIGATORIO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE CADA UNA DE LAS PERSONAS DISCAPACITADAS QUE SE INDIQUEN.