

FORMATO VINCULACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Yo Nombre Representante Legal o del Revisor Fiscal (conforme aplique) _ identificado con documento (CC / CE) _____ en mi condición de *Representante Legal o Revisor fiscal (conforme aplique)* del proponente _____ identificado con NIT _____ certifico que el número total de trabajadores vinculados a la planta de personal a la fecha de cierre de la convocatoria es el que se relaciona a continuación:

Número total de trabajadores vinculados a la planta de personal	Número de personas con discapacidad en la planta de personal

Firma del Representante Legal (o del Revisor Fiscal – conforme aplique):

Nombre Representante Legal o del Revisor Fiscal (conforme aplique) _____

C.C. No: _____ de _____

T.P. (Tarjeta Profesional) No. *(Si aplica)* _____

Nombre o Razón Social del Proponente: _____

Nit: _____

Ciudad: _____

Nota: Se debe adjuntar junto con este documento la documentación necesaria que acredite lo especificado, según el pliego de condiciones

.