

Formato No. 7

CERTIFICACIÓN PROPONENTES CON TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD

Ciudad y Fecha

Señores XXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX

REF: Proceso de Yo _____, en calidad de Revisor Fiscal (o representante legal o persona natural) de la Compañía _____, con Nit _____, identificado con cédula de ciudadanía No _____ de acuerdo con el Decreto 392 de 2018, manifiesto bajo juramento que el número mínimo de personas con discapacidad en la planta de personal, de conformidad con lo señalado en _____, el cual está vigente a la fecha de cierre del presente proceso de selección y que se anexa como soporte, es de: _____.

NOMBRE DEL PROPONENTE:

NIT o CC: DIRECCION:

TELEFONO:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

CC:

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:

Atentamente,

Firma