FORMULARIO No. 6
CERTIFICACION DE VINCULACIÓN DE PERSONAL CON DISCAPACIDAD
(Criterio de asignación de puntaje)

(Ciudad y fecha)

Señores
MUNICIPIO DE TOCANCIPÁ
ATTN: Secretaría Administrativa
Calle 11 No. 6-12
Tocancipá

REF: **SA 013 MT 2022**
OBJETO: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE HIDROTERAPIA Y TERAPIA ASISTIDA ECUESTRE (HIPOTERAPIA Y EQUINOTERAPIA), DIRIGIDOS A LA POBLACIÓN EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD E INFANCIA CON DIFICULTADES EN SU DESARROLLO PSICOMOTOR, DEL MUNICIPIO DE TOCANCIPÁ**.

Estimados señores:

[Incluir el nombre de la persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de [Indicar si actúa como representante legal o revisor fiscal] de [Incluir la razón social de la persona jurídica] identificada con el NIT [Incluir el NIT] certifico que el número total de trabajadores vinculados a la planta de personal a la fecha de cierre del Proceso de Contratación 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

[El Proponente para acreditar el número de personas con discapacidad en su planta de personal deberá aportar el certificado expedido por el Ministerio de Trabajo, el cual deberá estar vigente a la fecha de cierre del Proceso de Contratación.]

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de _____ de 20__.

_____
[Nombre y firma de la persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda]