SELECCIÓN ABREVIADA No. SA-003-2023
FORMATO No. 7
Acreditación de Vinculación Laboral de personas en condiciones de Discapacidad

Nombre del miembro la Estructura Plural o del Proponente :	

Yo, _____, identificado bajo la cedúla 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 prersonal que se relaciona a continuación, se encuentra vínculado a mi empresa, así:

Razón Social de la Empresa contratante	Nombre del Personal discapacitado vínculado a la Empresa	Fecha de Vinculación	Número de personal discapacitado vínculado	Numero Total de Empleados

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 contrat

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 acre