Red de Salud del Oriente
Empresa Social del Estado E.S.E
Municipio de Santiago de Cali
NIT. 805.027.337-4

FORMATO 14

ACREDITACIÓN DE VINCULACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Proceso de Contratación: [Incluir número del proceso]
Objeto: [Incluir objeto del proceso]

Señores
RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E

Referencia: Proceso de Contratación No. _____

Yo, **[Nombre del Representante Legal]**, identificado con cédula de ciudadanía No. _____, en calidad de representante legal de **[Nombre del proponente / empresa]**, certifico bajo la gravedad del juramento que dentro de la ejecución del contrato se vinculará personal con discapacidad, conforme a los requisitos establecidos en los pliegos de condiciones.

Relación del personal con discapacidad:

Nombre Documento Tipo de discapacidad Cargo

Se adjuntan los siguientes documentos:

- Copia del documento de identidad.
- Certificado de discapacidad expedido conforme a la normativa vigente del Ministerio de Salud.
- Certificación expedida por el representante legal indicando el número de personas con discapacidad vinculadas.

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

Nombre del Representante Legal
Firma
Proponente

_____