

| FORMATO 6— VINCULACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD<br>CONSULTORÍA DE ESTUDIOS DE INGENIERÍA DE INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE (V2) |                |        |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------|--------|
| Código                                                                                                                             | CCE-EICP-FM-92 | Página | 1 de 1 |
| Versión No.                                                                                                                        | 2              |        |        |

**[Número del Proceso de Contratación]**

**FORMATO 6 — VINCULACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD  
(Criterio de asignación de puntaje)**

Señores

**[NOMBRE DE LA ENTIDAD]**

[Dirección de la Entidad]

[Ciudad]

**REFERENCIA:** Proceso de Contratación [Incluir número del Proceso de Contratación]

Objeto:

[Incluir cuando el proceso es estructurado por lotes o grupos] Lote: [Indicar el lote o lotes a los cuales se presenta oferta.]

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<br>trabajadores<br>vinculados a la planta<br>de personal | Número de personas con<br>discapacidad en la planta de<br>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]