**Invitación a cotizar FBU-001-2023**

**Formato 4**

**Acreditación personal en condición de discapacidad**

Ciudad y fecha

Señores

(Nombre de la Entidad)

(Dependencia responsable del proceso)

(Ciudad)

Asunto: Certificación sobre personal en condición de discapacidad

Invitación a cotizar FBU-001-2023

Yo, (indicar nombre completo del representante legal o apoderado del proponente), identificado con cédula de ciudadanía número (indicar número), expedida en (indicar lugar de expedición), en mi condición de (identificar si actúa como representante legal o apoderado), según consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia y/o Cámara de Comercio de (indicar ciudad de la entidad) adjunto, bajo la gravedad de juramento certifico:

Primero: Que (nombre del Proponente) cuenta con trabajadores en condición de discapacidad vinculados a su planta de personal a la fecha de cierre del presente proceso de selección, en atención a lo establecido en la Ley 2069 de 2020.

Segundo: Que el número total de personas que componen nuestra planta de cargos a la fecha de cierre del presente proceso de selección asciende a (expresar número total de trabajadores en números y letras)

Tercero: Que el número total de personas vinculadas a nuestra planta de cargos en condiciones de discapacidad, a la fecha de cierre del presente proceso, asciende a (expresar número total de personas en condiciones de discapacidad en números y letras), de acuerdo a la certificación emitida por el Ministerio del Trabajo y la Seguridad Social.

Atentamente:

FIRMA

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:

NIT:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

CIUDAD:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO: