

**FORMATO N° 14 – ACREDITACIÓN DE PLANTA DE PERSONAL Y TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD**

Yo, **[Nombre del representante legal o de la persona natural Proponente]**, identificado con la cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_, actuando en calidad de **(Persona natural, representante legal o revisor fiscal)**, mediante la presente, certifié el número total de trabajadores de la planta de personal de **(Nombre del proponente o integrante del proponente plural que aporte como mínimo el 40% de la experiencia requerida)**, el cual corresponde a **(Colocar el número de personas de la planta de personal)** y el número de trabajadores en condición de discapacidad, que corresponde a **(Colocar el número de personas en condición de discapacidad)**.

**Nota:** Se deberá anexar copia del Formato Constatación de Vinculación de Trabajadores en situación de Discapacidad expedido por el Ministerio de Trabajo que acredite la situación de discapacidad.

Dada a los **(días)** del **(mes)** de 2020.

**[Firma representante legal del Proponente o de la Proponente persona natural]** Nombre: **[Insertar información]**

Cargo: **[Insertar información]**

Documento de Identidad: **[Insertar información]**