

**ANEXO 19**  
**VINCULACIÓN DE PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD**

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con la cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_, actuando en calidad de \_\_\_\_\_  
(*Persona natural, representante legal o revisor fiscal*), mediante la presente certifico que a la fecha de cierre del proceso, el número total de trabajadores de la planta de personal de \_\_\_\_\_ (*incluir nombre del proponente*) corresponde a \_\_\_\_\_ (*colocar el número de personas de la planta de personal*) y el número de trabajadores en condición de discapacidad, que corresponde a \_\_\_\_\_.

**NOTA:** Se deberá anexar copia del certificado expedido por el Ministerio de Trabajo que acredite la situación de discapacidad.

Dada a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 2025.

Atentamente,

FIRMA

(Persona natural, representante legal o revisor fiscal)

C.C. No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

T.P. No. \_\_\_\_\_

**NOTA:** Cuando el proponente se encuentre obligado a contar con revisor fiscal, este formato deberá ser suscrito por el revisor fiscal.