

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.