**[Número del Proceso de Contratación]**

**FORMATO 8 — VINCULACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

**(Criterio de asignación de puntaje)**

Señores

**HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE**

Diagonal 20 N° 7 – 29

Florencia, Caqueta

 **REFERENCIA: PROCESO DE CONTRATACIÓN CP NO. 002 DE 2024. OBJETO: CONSTRUCCIÓN, REMODELACIÓN Y ADECUACIÓN DEL HOSPITAL MARÍA INMACULADA E.S.E DEL MUNICIPIO DE FLORENCIA CAQUETÁ**

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 trabajadores vinculados a la planta de personal** | **Número de personas con discapacidad en la planta de personal** |
|  |  |

[El Proponente para acreditar el número de personas con discapacidad en su planta de personal, tendrá que 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]