**ANEXO 23**

**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.