Formato 3

Ciudad y fecha

Señores

(Nombre de la Entidad)

(Dependencia responsable del proceso)

(Ciudad)

|  |  |
| --- | --- |
| Referencia | Invitación a cotizar 10850007-001-2025 |
| Proveedor |  |
| NIT |  |
| Representante legal |  |
| Cédula de ciudadanía |  |
| Asunto | Certificación sobre personal en condición de discapacidad |

En mi condición de representante legal del **Proveedor** y bajo la gravedad del juramento

Certifico que

1. Que la empresa que represento cuenta con trabajadores en condición de discapacidad vinculados a la planta de personal a la fecha de cierre de la invitación de la referencia y cumplimos con lo exigido en el artículo 35 de la Ley 2069 de 2020 y el numeral 9 del artículo 36 de la Resolución Rectoral 39475 de 2014);
2. Que el número total de personas que componen nuestra planta de cargos a la fecha de cierre de la invitación asciende a (expresar número total de trabajadores en números y letras).
3. Que el número total de personas vinculadas a nuestra planta de cargos en condiciones de discapacidad, a la fecha de cierre de la invitación, asciende a (expresar número total de personas en condiciones de discapacidad en números y letras), de acuerdo con la certificación emitida por el Ministerio del Trabajo y la Seguridad Social.

Atentamente:

Nombres y firma