

| FORMATO 6— VINCULACIÓN DE PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD<br>INTERVENTORÍA DE OBRA PÚBLICA DE INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE – VERSIÓN 3 |                |        |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------|--------|
| Código                                                                                                                                        | CCE-EICP-FM-66 | Página | 1 de 1 |
| Versión No.                                                                                                                                   | 4              |        |        |

[Número del Proceso de Contratación]

**FORMATO 6 — VINCULACIÓN DE PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD  
(Criterio de asignación de puntaje)**

Señores

**[NOMBRE DE LA ENTIDAD]**

[Dirección de la Entidad]

[Ciudad]

**REFERENCIA:** Proceso de Contratación [Incluir número del Proceso de Contratación]

**Objeto:**

Estimados señores:

[Incluir el nombre de la persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda] identificado con [Señalar el número de identificación], en mi condición de [Indicar si actúa como persona natural, representante legal o revisor fiscal] de [Mencionar 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<br>trabajadores<br>vinculados a la planta<br>de personal | Número de personas con<br>discapacidad en la planta de<br>personal |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
|                                                                          |                                                                    |

[El Proponente para acreditar el número de personas con discapacidad en su planta de personal deberá aportar el certificado expedido por el Ministerio de Trabajo, el cual tendrá que estar vigente a la fecha de cierre del Proceso de Contratación.]

En constancia, se firma en \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_ de 2025.

\_\_\_\_\_  
[Nombre y firma de la persona natural, el representante legal de la persona jurídica o el revisor fiscal, según corresponda]