**Anexo No. 11- VINCULACIÓN DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD**

Puerto Colombia, 2024.

Señores

Canal Regional de Televisión del Caribe Ltda. (TELECARIBE)

Referencia: Convocatoria pública 011-2024

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en calidad de representante legal de la empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o de la unión temporal o consorcio denominado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de acuerdo con lo establecido en las condiciones del proceso de selección de la referencia, por medio de la presente me permito certificar el número total de trabajadores en situación de Discapacidad, así:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre completo de las personas vinculada en situación de discapacidad** | **Número de identificación** | **Tiempo de vinculación** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Como soporte de esta declaración, se anexa copia de los respectivos documentos de identidad, copia de los contratos de trabajo o certificación laboral con las funciones, así como el certificado de aportes a seguridad social del último año en el que se demuestren los pagos realizados por el empleador, en relación con cada una de las personas que conforman el nivel directivo del Proponente.

Atentamente

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

Nombre:

C.C.

Nombre de la empresa:

Correo electrónico

**Este anexo deberá ir acompañado del certificado expedido por el Ministerio de Trabajo, el cual deberá estar vigente a la fecha de cierre del proceso de selección.**