

**Anexo 4**  
**VINCULACIÓN DE PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD**  
**(Criterio de asignación de puntaje)**

Ciudad y fecha:

Señores

**ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO**  
**CLL 57 No. 23-100**  
**Barranquilla**

**REFERENCIA: CONVOCATORIA PÚBLICA NO. CP-002-2022 PARA CELEBRACIÓN DE UN CONTRATO DE ASOCIACIÓN PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CUYO OBJETO ES PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL PROCESO ASISTENCIAL EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y UNIDAD DE CUIDADO ESPECIALES, PARA LA ATENCIÓN PEDIATRICA Y NEONATAL DE LA SEDES DE ESE HOSPITAL UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO.**

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 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, deberá 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]