

## ANEXO 6

### VINCULACIÓN DE PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

[Tratándose de proponentes plurales, este formato lo presentará el integrante o los integrantes que tengan una participación de por lo menos el veinticinco por ciento (25 %) en el consorcio o en la unión temporal y aporten mínimo el veinticinco por ciento (25 %) de la experiencia general habilitante]

#### Señores

FIDUCOLDEX – P.A. PROCOLOMBIA

Calle 28 No 13ª-24 Piso 6 Torre B, Edificio Museo del Parque

Ciudad

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

Objeto: “**La Fiduciaria Colombiana de Comercio Exterior S.A. FIDUCOLDEX, sociedad de servicios financieros de economía mixta indirecta obrando como vocera del Fideicomiso PROCOLOMBIA, está interesada en recibir propuestas para contratar la prestación de servicios de un proveedor de nube privada en Colombia, para el alojamiento de: (i) los sitios web y servicios asociados a los portales; (ii) las aplicaciones de pagos en línea e inteligencia de negocios; (iii) servicios Windows (Directorio Activo, Federación de identidades) y colocación de servidores físicos**”.

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 el NIT \_\_\_\_\_], certifico que tengo vinculado en la planta de personal un mínimo del diez por ciento (10 %) de empleados en las condiciones de discapacidad enunciadas en la Ley 361 de 1997, contratados [con una anterioridad no inferior a un año o desde la constitución de la sociedad (para sociedades con menos de un año de constitución)], para lo cual adjunto el certificado expedido por el Ministerio del Trabajo.

De igual manera me comprometo en caso de resultar adjudicatario del presente proceso de contratación, a mantener vinculados a los empleados en condiciones de discapacidad por un lapso igual al del plazo de ejecución del contrato.

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]