

**ANEXO 11B - (TRABAJADOR)
VINCULACIÓN DE PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD**

Ibagué – Tolima, (fecha)

Señores:
HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE
Ciudad.

REFERENCIA: Proceso de Contratación XXXXX N° MIN-2022-XXXX, cuyo objeto es: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

Estimados señores:

[Incluir el nombre del trabajador vinculado en la planta de personal la persona natural o de la persona jurídica] identificado con [Incluir el número de identificación], en mi condición de trabajador vinculado a [Indicar el nombre de la persona jurídica o persona natural], [identificada con NIT _____], certifico bajo la gravedad de juramento que no soy beneficiario de la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia y ya cumplí la edad de pensión.

En constancia, se firma en _____, a los ____ días del mes de ____ de 20__.

[Nombre y firma del trabajador vinculado a la persona natural o jurídica]