

**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: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

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]