Bogotá, D.C. \_\_\_\_ de \_\_\_\_20\_\_

Señores:

**INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR**

Ciudad

**DECLARACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO**

**INHABILIDADES PARA EJERCER CARGOS PUBLICOS**

Teniendo en cuenta que el fin de las inhabilidades es garantizar la eficacia, idoneidad, moralidad y probidad en el ejercicio de cargos o funciones públicas, el (la) Doctor (a) **XXXXXXXXXXXX**, Identificado con Cédula de Ciudadanía N° XXXXXXXXXXXX manifestó no estar incurso en causal alguna de inhabilidad general o especial de incompatibilidad o prohibición de las establecidas por los decretos 2400 de 1968, 1083 de 2015, ley 4ª de 1992, ley 734 de 2002 y demás disposiciones vigentes para el desempeño de empleo público, así:

1. He sido condenado(a) por daño al patrimonio del Estado o he sido condenado(a) por delitos relacionados a mi pertenencia, promoción o financiación a grupos al margen de la Ley y delitos de lesa humanidad en Colombia y el exterior. **SI ( ) NO ( )**
2. He sido sancionado(a) disciplinariamente tres o más veces en los últimos cinco (5) años por faltas graves y/o leves dolosas. **SI ( ) NO ( )**
3. He sido condenado(a) a pena privativa de la libertad mayor de cuatro años por delito doloso dentro de los diez años anteriores, salvo que se trate de delito político. **SI ( ) NO ( )**
4. Me he encontrado en estado en interdicción judicial o inhabilitado(a) por una sanción disciplinaria o penal, o suspendido(a) en el ejercicio de mi profesión o excluido de esta. **SI ( ) NO ( )**
5. He sido elegido(a) para más de una Corporación o Cargo Público. **SI ( ) NO ( )**
6. Actualmente me encuentro incluido(a) en nómina de pensionados. **SI ( ) NO ( )**

La presente Declaración se hace con fines de cumplimiento de requisitos para tomar posesión en el cargo de **XXXXXXXXX Código XXXXX grado XXXXX**

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

**Firma el Declarante   
C.C.**