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

Señores:

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

Ciudad

**DECLARACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO**

 YO **xxxxxxxxxxxxxx** identificado con la cédula de ciudadanía No. xxxxxxxxxx declaro bajo la gravedad de juramento, que a la fecha SI ( ) NO ( ), Conozco demanda o embargo, o procesos en mi contra por inasistencia alimentaria y cumplo con mis obligaciones de familia establecidas en la Ley ( 311 de 1996); En caso de llegarlos a tener informaré de inmediato al Instituto con el objeto de que procedan a hacer los descuentos correspondientes.

La presente declaración es con fines de cumplimiento de requisitos para tomar posesión del Cargo de **xxxxxx Código xxx0 Grado xxxxxxxxxx** en el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

Cordialmente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.C.