El presente testimonio espontáneo y voluntario se realiza de acuerdo con lo fijado en el artículo 7º del Decreto Ley 019 de 2012 y se expide a los \_\_\_\_\_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_, con destino a la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos - UAESP.

|  |
| --- |
| **CERTIFICADO DE AFILIACIÓN EPS Y FONDO DE PENSIONES** |
| Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; por medio del presente escrito, manifiesto que me encuentro afiliado a la EPS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; el Fondo de Pensiones \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y al Administrador de Cesantías \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.Para tal efecto, adjunto las certificaciones emitidas por dichas entidades con fecha no mayor a 30 días de expedición. |
| **DECLARACIÓN DE NO PENSIÓN**  |
| Así mismo, manifiesto que SI\_\_\_ NO\_\_\_\_ recibo pensión de jubilación \_\_\_\_ vejez\_\_\_\_\_\_ invalidez \_\_\_\_\_\_ sobreviviente \_\_\_\_\_\_\_\_\_otra \_\_\_\_\_, de la entidad administradora, caja, fondo o entidad pública \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.Por lo tanto, bajo la gravedad de juramento informo que no me encuentro gozando de pensión alguna que sea incompatible con el nombramiento realizado por la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos, ni adelantando trámite de reconocimiento en alguna entidad pública o privada.  |
| **DECLARACIÓN DE PROCESO DE ALIMENTOS** |
| Declaro que no tengo conocimiento de procesos pendientes de carácter alimentario en mi contra y si los llegase a tener, cumpliré con mis obligaciones de familia, para lo cual presentaré oportunamente autorización escrita para se efectúen los descuentos tendientes a cancelar dichas obligaciones. (Art. 6 ley 311 de 1196 y art. 45, Decreto 122 de 1999). |
| **INHABILIDADES DELITOS SEXUALES (Ley 1918 de 2018 / Decreto 753 de 2019)** |
| Autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa - Policía Nacional de Colombia, según dispongan los lineamientos internos, antes y mientras se genere vínculo laboral.  |
| **DECLARACIÓN JURAMENTADA DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES** |
| Declaro bajo la gravedad de juramento que de conformidad con la Ley 734 de 2002, Código Único Disciplinario y la Constitución Política, que no poseo **INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES** para desempeñarme como servidor público. |
| **REPORTE DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES** **(LEY 1801 DE 2016, Código Nacional de Policía y Convivencia, o normas que lo adicionen o modifiquen)** |
| Declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incurso en las inhabilidades descritas en el Artículo 183 LEY 1801 DE 2016, Código Nacional de Policía y ConvivenciaDe igual manera manifiesto que conozco las implicaciones legales de la falsa declaración y exonero de cualquier responsabilidad a la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos - UAESP.  |
| Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.C.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |