Bogotá D.C., SEPTIEMBRE 9 DE 2021

PARA: MARTHA YOLANDA RUIZ VALDEZ – Gerente
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. - Contratante

DE: YOLANDA LAVERDE ARIAS, 657134338 LIBANO TOLIMA
Contratista prestación de Servicios

Asunto: **DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA**

Yo, YOLANDA LAVERDE ARIAS, identificado(a) con la C.C. No. 65713433 de LIBANO TOLIMA, mayor de edad y con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., manifestó bajo la gravedad del juramento:

PRIMERO: Los documentos aportados para la contratación de mis servicios son verídicos y se encuentran actualizados según las normas vigentes y los lineamientos institucionales.

SEGUNDO: La información contenida en los soportes académicos formales e informales presentados de forma magnética son reales:

TIPO DE FORMACION (FORMAL O INFORMAL)	TITULO O CERTIFICACION OBTENIDA	FECHA DE EXPEDICION (DIA,MES, AÑO)	ENTIDAD EDUCATIVA QUE LA EXPIDE	VIGENCIA EN CASO QUE APLIQUE (DIA,MES, AÑO)
FORMAL	ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLIGIA	11-12-2020	FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA	
FORMAL	ENFERMERA	25-01-2018	FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA	

TERCERO: Me obligo durante la vigencia del contrato que celebre con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. a actualizar y mantener vigentes los cursos y documentos requeridos.

La presente declaración juramentada se rinde sin perjuicio de lo establecido en los artículos 286 y siguientes del Código Penal Colombiano.

Manifiesto, que todo lo declarado anteriormente es verdadero y para tal efecto firmo, este documento.



FIRMA

C.C. No. 65713433
TELEFONO 3142260162
DIRECCION CL 12ª #71B 60 CASA 144 BARRIO VILLA ALSACIA
E-MAIL LAVERDEYOLANDA@HOTMAIL.COM

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Bogotá D.C. Septiembre 9- 2021

Señores
Fundación Universitaria del Área Andina
Dirección:
Calle 72A # 14-06
Ciudad: Bogotá

Asunto: Verificación de título especialista, profesional, técnico o auxiliar

Respetuoso saludo.

En atención al artículo 23 de la Constitución Política, normas reglamentarias y jurisprudencia nacional, solicitamos comedidamente verificar y confirmar el título expedido por parte de su institución, presentado por la (s) siguiente (s) persona (s) para efectos de vinculación y/o contratación, con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Nombres	Yolanda Lucero Arias
Documento de Identidad	65713433 (46.161)
Título otorgado	Enfermera
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	25-01-2019
Ciudad de expedición del título	Bogotá

Por favor servirse dirigir su respuesta dentro del término legal a.

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO
Dirección: calle 1ª # 34-94
Correo Electrónico: verificacionditulos@subredsuroccidente.gov.co

Atentamente,

Director
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO

Autorización: Teniendo en cuenta que la subred Integrada de Servicios de Salud con Nit N° 900.959.048-4 dando cumplimiento al Artículo 4° de la Ley 190 de 1995, requiere verificar mi título, les informo que autorizo a dicha entidad para adelantar el trámite requerido para la verificación del mismo.
Atentamente,

FIRMA

NOMBRE DEL COLABORADOR
CEDULA 65713433

Calle 1ª Sur 34-94
Código postal 110851
Tel: 7490505
www.subredsuroccidente.gov.co
línea: 195

Secretaría de Salud
Subred Sur Occidente E.S.E.

Escaneado con Cam

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Bogotá D.C., Septiembre 9. 2021

Señores:
Fundación Universitaria del Area Andina
Dirección:
Calle 72A # 14-06
Ciudad:
Bogotá

Asunto: Verificación de título especialista, profesional, técnico o auxiliar

Respetuoso saludo.

En atención al artículo 23 de la Constitución Política, normas reglamentarias y jurisprudencia nacional, solicitamos comedidamente verificar y confirmar el título expedido por parte de su institución, presentado por la (s) siguiente (s) persona (s) para efectos de vinculación y/o contratación, con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.:

Nombres	Yolanda Laverde Arias
Documento de Identidad	65713433
Título otorgado	Especialista en Epidemiología
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	11-12-2020
Ciudad de expedición del título	Bogotá

Por favor, sírvase dirigir su respuesta dentro del término legal a:

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO
Dirección: calle 19ª # 34-94
Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subredsuroccidente.gov.co

Atentamente,

Director
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO

Autorización: Teniendo en cuenta que la subred Integrada de Servicios de Salud con Nit N° 900.959.048-4 dando cumplimiento al Artículo 4° de la Ley 190 de 1995, requiere verificar mi título, les informo que autorizo a dicha entidad para adelantar el trámite requerido para la verificación del mismo.
Atentamente,

FIRMA

NOMBRE DEL COLABORADOR
CEDULA 65713433

Escaneado con Car