

Bogotá D.C., 18 DE AGOSTO de 2024

PARA: **SANDRA MILENA ROZO MATEUS**
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. -
Contratante

DE: ANYELA ASTRID CONTRERAS PINTO –1122134710
Contratista prestación de Servicios

Asunto: **DECLARACION JURAMENTADA**

Yo ANYELA ASTRID CONTRERAS PINTO , identificado(a) con la C.C. No. 1122134710 de ACACIAS-META, mayor de edad y con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., manifestó bajo la gravedad del juramento, que:

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: No me encuentro incurso en causal de inhabilidad, incompatibilidad, prohibición, conflicto de interés o impedimento alguno de conformidad a lo establecido la Constitución Nacional, así como el artículo 8 de la ley 80 de 1993; los artículos 1, 2 y 4 de la ley 1474 de 2011; el artículo 7 del Acuerdo 037 de 2017 (Estatuto de Contratación de la Subred) y demás normas concordantes para aplicar a el proceso de contratación que adelantará la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. bajo la modalidad de orden de prestación de servicios para el año en curso.

TERCERO: No se realizó ningún tipo de beneficio económico o de cualquier otra índole con algún colaborador y/o tercero de la Entidad que haya interferido en la aplicación del proceso de selección.

CUARTO: No tengo conocimiento sobre demandas de carácter alimentario en mi contra, así como también expreso que a la fecha No estoy incurso en procesos por alimentos. Además, manifiesto que en el evento de que surja una condena de esta naturaleza en mi contra, cumpliré con mis obligaciones de familia, para lo cual saldré al saneamiento de dicha sentencia, como lo estipula el Artículo 6º de la Ley 311 del 12 de agosto de 1996.

QUINTO: La información contenida en los soportes académicos presentados de forma magnética son reales y 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.

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	BACHILLER TECNICO	01/12/2011	INSTITUCION EDUCATIVA PABLO EMILIO RIVEROS	
FORMAL	AUXILIAR EN ENFERMERIA	06/12/2013	INSTITUCION DE EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO SANTA MARIA	
INFORMAL	ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS	25/09/2023	VITAL HEALTH SUPPORT	2 AÑOS
INFORMAL	EL DERECHO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIAS	16/06/2023	UNIVERSIDAD EAN	2 AÑOS
INFORMAL	HUMANIZACION Y CALIDAD EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	09/10/2023	VITAL HEALTH SUPPORT	2 AÑOS
INFORMAL	ATENCION DIFERENCIAL EN SALUD A PERSONAS LGBTI	09/03/2023	VITAL HEALT SUPPORT	2 AÑOS
INFORMAL	SOPORTE VITAL BASICO	05/10/2023	VITAL HEALTH SUPPORT	2 AÑOS
INFORMAL	ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	07/10/2023	VITAL HEALTH SUPPORT	2 AÑOS
INFORMAL	SOPORTE VITAL AVANZADO RCP	25/06/2024	VITAL HEALTH SUPPORT	2 AÑOS
INFORMAL	MANEJO Y ACOMPAÑAMIENTO DEL DUELO Y PERDIDA	22/06/2024	VITAL HEALTH SUPPORT	2 AÑOS

SEXTO: Certifico que SI _____NO __X___existe circunstancia alguna que implique conflicto de intereses en el desarrollo de las actividades asignadas para la presente vigencia.

-Cuenta con familiares trabajando dentro de la Subred Sur Occidente SI___NO__X__

- De ser afirmativa su respuesta responda:

- Nombre del familiar que trabaja en la institución: _____
- Parentesco con esta persona: _____

- ¿Por qué medio llego su hoja de Vida a la Subred Integrada Sur Occidente ESE?

CORREO ELECTRONICO		QUIEN: _____
RADICACION DE HV DE FORMA FISICA	X	
PLATAFORMA DE EMPLEABILIDAD		
VOZ A VOZ		
REFERIDO POR ALGUN FUNCIONARIO		

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 Astrid Contreras

C.C. No. 1122134710

TELEFONO 3208814918

DIRECCION CALLE 68 BIS SUR No 80 N 75

BARRIO BOSA PIEMONTE SECTOR 2 ASOVIVIR

E-MAIL aastridcontreras@gmail.com