Bogotá D.C., 16 de agosto 2024

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

DE: **CAROLINA RODRIGUEZ ROMERO - 1013653284**
Contratista prestación de Servicios

Asunto: **DECLARACION JURAMENTADA**

Yo, **CAROLINA RODRIGUEZ ROMERO** identificado(a) con la C.C. No. **1013653284** de Bogotá, 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.

Powered by CamScanner

TIPO DE FORMACIÓN (FORMAL O INFORMAL)	TÍTULO O CERTIFICACIÓN OBTENIDA	FECHA DE EXPEDICIÓN (DÍA,MES,AÑO)	ENTIDAD EDUCATIVA QUE LA EXPIDE	VIGENCIA EN CASO QUE APLIQUE (DÍA,MES,AÑO)
FORMAL	BACHILLER TECNICO	07/12/2012	INSTITUTO MONSEÑOR MONTINI	NO APLICA
FORMAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	05/12/2018	FORMATES	NO APLICA
INFORMAL	SOPORTE VITAL BASICO	08/11/2024	SABER SALUD	08/11/2022
INFORMAL	SOPORTE VITAL AVANZADO	10/11/2024	SABER SALUD	10/11/2022
INFORMAL	ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	14/11/2024	SABER SALUD	14/11/2022
INFORMAL	ATENCION A VICTIMAS CON AGENTES QUIMICOS	01/12/2024	SABER SALUD	01/12/2022

SEXTO: Certifico que SI_____NO ___X____existe circunstancia alguna que implique conflictode 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: _____

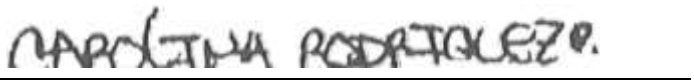
Powered by CamScanner

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

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

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

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

FIRMA 

C.C. No. **1013653284**

TELEFONO 3153154099

DIRECCIÓN CALLE 42 B BIS SUR # 82 D 13

CORREO meganysaray18@gmail.co

Powered by CamScanner