Bogotá D.C. 26 de SEPTIEMBRE de 2025

PARA: BERTHA LUCIA MORA QUIÑONEZ
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
Contratante

DE: ANGIE MILENA TORRES PINZON- 1053343454
Contratista prestación de Servicios

Asunto: **DECLARACION JURAMENTADA**

Yo Angie Milena Torres Pinzón, identificado(a) con la C.C. No. 1053343454 de Chiquinquirá, 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	VIGENCIAEN CASO QUE APLIQUE (DIA, MES, AÑO)
FORMAL	AUXILIAR EN ENFERMERIA	19 ENERO 2013	INSTITUTO NACIONAL DE FORMACION EN SALUD SAN LUIS	NO VENCE
FORMAL	BACHILLER ACADEMICO CON ENFASIS EN CIENCIAS SOCIALES.	10 DIC 2010	LICEO NACIONAL JOSE JOAQUIN CASAS CHIQUINQUIRA	NO VENCE
INFORMAL	ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS POR AGRESION CON ACIDOS O AGENTES QUIMICOS	29 JUN 2024	GALENOSEDUSALUD	29 JUN 2026
INFORMAL	PRIMEROS AUXILIOS	22 JUN 2024	GALENOSEDUSALUD	22 JUN 2026
INFORMAL	ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO	06 JUN 2024	GALENOSEDUSALUD	06 JUN 2026
INFORMAL	SOPORTE VITAL BASICO BLS-AHA 2021	29 JUN 2024	GALENOSEDUSALUD	29 JUN 2026
INFORMAL	ADMINISTRACION SEGURA DE MEDICAMENTOS	22 JUN 2024	GALENOSEDUSALUD	22 JUN 2026

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:

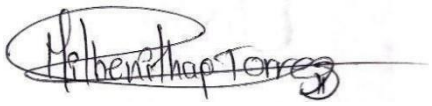
- Nombre del familiar que trabaja en la institución: _____
- Parentesco con esta persona: _____

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

CORREO ELECTRONICO		
RADICACION DE HV DE FORMA FISICA	X	
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 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. 1053343454

TELEFONO 3115169431

DIRECCION CALLE 52 SUR # 11ª-08

BARRIO ABRAHAM LINCOM

E-MAIL thomasmile09@hotmail.com