Bogotá D.C., Octubre 01 de 2025

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

DE: **ANDRES ORLANDO FIGUEROA TRUJILLO – C.C. 1.018.466.069**
Contratista prestación de Servicios

Asunto: **DECLARACION JURAMENTADA**

Yo**, ANDRES ORLANDO FIGUEROA TRUJILLO,** identificado(a) con la **C.C. No. 1.018.466.069 de Bogotá D.C., 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: 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	MEDICO	19/07/2018	UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO	NO APLICA
INFORMAL	HUMANIZACION EN LA PRESTACION DE SERVICIOS EN LA ATENCION A PACIENTES	23/11/2024	INABTEC - RESCUE	23/11/2026
INFORMAL	SEDACION BASICA Y AVANZADO	22/11/2024	INABTEC - RESCUE	22/11/2026
INFORMAL	SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO	23/11/2024	INABTEC - RESCUE	23/11/2026

INFORMAL	ATENCION BASICA EN EL CUIDADO AL PACIENTE DONADOR	22/11/2024	INABTEC - RESCUE	22/11/2026
INFORMAL	ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS POR VIOLENCIA Y ABUSO SEXUAL	23/11/2024	INABTEC - RESCUE	23/11/2026
INFORMAL	ATENCION DIFERENCIAL EN SALUD A PERSONAS DEL LGBTI	23/11/2024	INABTEC - RESCUE	23/11/2026
INFORMAL	CURSO MISION MEDICA	18/08/2025	SECRETARIA DE SALUD	18/08/2027
INFORMAL	PRIMER RESPONDEDOR EN SALUD A VICTIMAS SOBREVIVIENTES POR QUEMADURAS CON AGENTES QUIMICOS	22/11/2024	INABTEC - RESCUE	22/11/2026
INFORMAL	CAPACITACION DE LA CLASIFI-CACION INTERNACIONAL DE EN-FERMEDADES Y PROBLEMAS RELACIONADAS CON LA SALUD (CIE – 11)	11/05/2025	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD	11/05/2027
INFORMAL	DERECHO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA	22/05/2024	DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO CIVIL DISTRITAL	22/05/2026

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	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 286 y siguientes del Código Penal Colombiano.

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

FIRMA



NOMBRE **ANDRES ORLANDO FIGUEROA TRUJILLO**
C.C. No. **1.018.466.069**
TELEFONO **304 6016387**
DIRECCION **Calle 67d No 62 – 39**
E-MAIL **andfigueroa@uan.edu.co**