Bogotá D.C.,1 de OCTUBRE de 2025

PARA: **LUCIA MORA**
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. – Contratante (e)

DE: Fabio Nelson García Cosme cc 80122372
Contratista prestación de Servicios

Asunto: **DECLARACION JURAMENTADA**

Yo Fabio Nelson García Cosme, identificado(a) con la C.C. No. 80122372 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 (Manual 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 ha otorgado ningún tipo de beneficio económico ni de otra índole a colaboradores o terceros vinculados a la Entidad que haya influido en la ejecución 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

Scanned with CamScanner

				(DIA, MES, AÑO)
Pregrado	Psicólogo	13/08/2016	UNIMINUTO	N/A
Maestria/Profundización en psicología clínica	Magister en psicología de la salud	2/11/2021	UNIVERSIDAD INTERNACIONAL /IBEROAMERICANA /UNINIMEX	N/A
Curso	Derechos de mujeres a una vida libre de violencias	17/06/2024	Departamento administrativo del servicio civil distrital	2 años
Curso	Primer Respondiente	14/06/2024	Secretaria Distrital de salud	2 años
Curso	Clasificación internacional (CIE11)	13/05/2025	Organización panamericana de la salud.	2 años
Curso	Cuidado integral en salud mental	De mayo a junio 2021	Secretaria Distrital de salud	N/ A
Curso	Abordaje integral en salud mental	De Abril a junio 2021	Secretaria Distrital de salud	N/A
Curso	Atención diferencial a comunidad LGBTIQ+	Del 28 al 31 de octubre 2024	Institucion Nacional de brigadistas técnicos de Colombia	2 años
Curso	Misión Medica	Del 12 de septiembre al 26 /2024	Secretaria Distrital de salud	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		
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.

Scanned with CamScanner

FIRMA	Fabio Nelson García Cosme
C.C. No.	80122372
TELEFONO	3125543145/ 3244282697
DIRECCION	Calle 62 # 7-33
BARRIO	Chapinero
E-MAIL	psicologoclinico2016@outlook.com

Fablo N. García C.
Psicólogo
Magíster en Psicología
Clínica y de la Salud
T.P. 164022

Fabio Nelson García C

Scanned with CamScanner