

Bogotá D.C., noviembre 1 de 2025

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

DE: LUZ MIRIAN GUAUQUE DUEÑAS –52431409
Contratista prestación de Servicios

Asunto: **DECLARACION JURAMENTADA**

Yo LUZ MIRIAN GUAUQUE DUEÑAS, identificado(a) con la C.C. No. 52431409 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 DE CERTIFICACION O OBTENIDA	FECHA DE EXPEDICION (DIA, MES, AÑO)	ENTIDAD EDUCATIVA QUE LA EXPIDE	VIGENCIA EN CASO QUE APLIQUE (DIA, MES, AÑO)
FORMAL	TERAPEUTA RESPIRATORIA	07/06/2022	UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN	N/A
INFORMAL	ATENCIÓN A VICTIMAS DE QUEMADURAS CON AGENTES QUIMICOS	19/08 /2025	CORPORACION NACIONAL PEDAGODICA DE COLOMBIA	18/08/2027
INFORMAL	ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	19/08 /2025	CORPORACION NACIONAL PEDAGODICA DE COLOMBIA	18 /08 /2027
INFORMAL	SOPORTE VITAL AVANZADO	19/08/2025	CORPORACION NACIONAL PEDGOGICA DE COLOMBIA	18/08/2027
INFORMAL	SOPORTE VITAL BASICO	19/08/2025	CORPORACION NACIONAL PEDGOGICA DE COLOMBIA	18/08/2027
INFORMAL	MANEJO Y GESTION DEL DUELO	19/08/2025	CORPORACION NACIONAL PEDGOGICA DE COLOMBIA	18/08/2025
INFORMAL	CURSO REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR RCP PEDIATRICO	01/05/2025	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	31/04/2027
INFORMAL	CAPACITACION ENFERMEDADES Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SALUD (CIE -11)	9/06/2025	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD	8/06/2027
INFORMAL	CURSO MANEJO DE PRUEBAS EN PUNTO DE ATENCION (POCT)	09/04/2025	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	08/04/2027
INFORMAL	AIEPI CLINICO	10/07/2024	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	9/07/2026

SEXTO: Certifico que SI _____ NO ☒ 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 llevo 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

Luz Mirian Guaque Dueñas

C.C. No. 52431409

TELEFONO 3102443781

DIRECCION CALLE 69B # 105 H 23

BARRIO SAN BASILIO

E-MAIL LUMIGUDU@HOTMAIL.COM



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
SUR OCCIDENTE ESE

Calle 9 No. 39 - 46
Código Postal: 1116111
PBX: 601 3849160
www.subredsuroccidente.gov.co



17 Unidades
Acreditadas



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.