Bogotá D.C., 01 de noviembre de 202(5)

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

DE: (NOMBRE COMPLETO –CEDULA)
Contratista prestación de Servicios

Asunto: **DECLARACION JURAMENTADA**

Yo _Hasbleydi paola cediel cortes__, identificado(a) con la C.C. No. _1023025260___ de _bogota d.c ___, 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	VIGENCIA EN CASO QUE APLIQUE (DIA, MES, AÑO)
FORMAL	BACHILLER ACADEMICO	01/12/2013	COLE-GIO RO-MULO GALLE-GOS	
FORMAL	AUXILIAR EN ENFERMERIA	12/02/2016	ESCUELA PARA AUXILIARES DE ENFERMERIA SAN RAFAEL	
INFORMAL	SOPORTE VITAL BÁSICO	15/10/2025	FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	15/10/2027
INFORMAL	ATENCION INTEGRAL A VICTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL	25/10/2025	FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	25/10/2027
INFORMAL	ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE QUEMADURA CON AGENTES QUIMICOS	23/10/2025	FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	23/10/2027
INFORMAL	CALCULO DILUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	21/10/2025	FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	21/10/2027
INFORMAL	TOMA Y TRANS-PORTE DE MUES-TRAS DE LABORATO-RIO CLINICO	19/10/2025	FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	19/10/2027
INFORMAL	Manejo de Pruebas en Punto de Atención - Point of Care Testing (POCT)	17/10/2025	FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA	17/10/2027

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 perju/icio 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 Hasbleydi Paola Cedeño Cortes

C.C. No. 1023025260

TELEFONO 300475757

DIRECCION KR 68 C 56 15 SUR

BARRIO VILLA DEL RIO

E-MAIL cedipao97@gmail.com