Bogotá D.C., 07 de noviembre de 2025

PARA: **RUBY LILIANA CABRERA CALDERÓN**
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. -
Contratante

DE: **ANÍBAL STITH MARTÍNEZ ALVARADO**
Contratista prestación de Servicios

Asunto: **DECLARACION JURAMENTADA**

Yo **ANIBAL STITH MARTINEZ ALVARADO** identificado(a) con la C.C. No. **1046813740** de **POLONUEVO** 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	Bachiller Académico	16/12/2006	San Pablo de Polonuevo	
Informal	Comunicación Asertiva	08/12/2014	SENA	

Informal	Administración Documental en el Entorno Laboral	19/05/2017	SENA	
Informal	Gestión Integral del Servicio al Ciudadano	23/10/2020	Escuela Superior de Administración Pública	
Informal	ABC del Servidor Público	28/09/2023	Escuela Superior de Administración Pública	
Informal	Ordenación del Territorio de los Municipios y Distritos	30/10/2023	Escuela Superior de Administración Pública	
Informal	Servidor Público 4.0	04/12/2023	Escuela Superior de Administración Pública	
Informal	Inteligencia Artificial	01/05/2024	Min Tic y Universidad Distrital Francisco José de Caldas	

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__

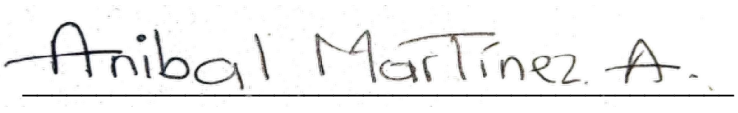
- De ser afirmativa su respuesta responda:
  - Nombre del familiar que trabaja en la institución: _____
  - Parentesco con esta persona: _____

- ¿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 

C.C. No. 1046813740 de Polonuevo

TELEFONO 3014579886

DIRECCION Calle 80ª # 111C-35

BARRIO Ciudadela Colsubsidio

E-MAIL anibalstith@gmail.com