Bogotá D.C., NOVIEMBRE de 2025

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

DE: OLGA LUCIA GALINDO BORDA –1.030.636.029
Contratista prestación de Servicios

Asunto: **DECLARACION JURAMENTADA**

Yo , OLGA LUCIA GALINDO BORDA identificado(a) con la C.C. No. 1.030.636.029 de Vi racacha Boyacá, 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	SOPORTE VITAL BASICO	08/07/2024	ASOCIACION AJUDISP	08/07/2026
FORMAL	ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	06/07/2024	ASOCIACION AJUDISP	06/07/2026
FORMAL	ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS POR AGENTES QUIMICOS	05/07/2024	ASOCIACION AJUDISP	05/07/2026
FORMAL	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIOS	04/07/2024	ASOCIACION AJUDISP	04/07/2026
FORMAL	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS	03/07/2024	ASOCIACION AJUDISP	03/07/2026
FORMAL	PRUEBAS RAPIDAS DE VIH	02/07/2024	ASOCIACION AJUDISP	02/07/2026
FORMAL	POCT	18/10/2025	SUBRED SUR OCCIDENTE	18/10/2027
FORMAL	MANEJO DEL DUELO	27/08/2025	SUBRED SUR OCCIDENTE	27/08/2027
FORMAL	SEGURIDAD DEL PACIENTE	18/10/2025	SUBRED SUR OCCIDENTE	18/10/2027

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		
PLATAFORMA DE EMPLEABILIDAD		
VOZ A VOZ	x	
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. 1.030.636.029

TELEFONO 320.492.2751

DIRECCION KR 80I 43-42

BARRIO KENNEDY

E-MAIL olgaluciagalindo012@gmail.com