Bogotá D.C., Noviembre de 2025

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

DE: **JONH STHIF RODRIGUEZ VEGA – C.C. 79.807.240**
Contratista prestación de Servicios

Asunto: **DECLARACION JURAMENTADA**

Yo**, JONH STHIF RODRIGUEZ VEGA,** identificado(a) con la **C.C. No. 79.807.240 de Bogotá D.C.,** 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	PROFESIONAL EN ENFERMERIA	26/01/2018	FUNDACION UNIVERSITARIA AREA ANDINA	NO APLICA
FORMAL	HUMANIZACION EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	15/05/2024	FUNSE	15/05/2026
INFORMAL	CURSO SOPORTE VITAL BASICO (BLS)	09/04/2024	INTERLAV	09/04/2026
INFORMAL	CURSO SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)	11/04/2024	INTERLAV	11/04/2026
INFORMAL	CAPACITACION DE LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DE LA ENFERMEDAD Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SALUD (CIE-11)	15/07/2025	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD	15/07/2027

INFORMAL	PROTOCOLOS DE ATENCION INTEGRAL DE URGENCIAS A VICTIMAS DE AGRESIONES CON AGENTES QUIMICOS	08/04/2024	INTERLAV	08/04/2026
INFORMAL	CURSO ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	05/04/2024	INTERLAV	05/04/2026
INFORMAL	CURSO DE ACOMPAÑAMIENTO EN PROCESO DE DUELO CON ENFASIS EN TERAPIA EMOCIONAL	05/11/2024	FUNSE	05/11/2026
INFORMAL	CURSO MANEJO DE PRUEBAS EN PUNTO DE ATENCION - POCT	08/05/2024	FUNSE	08/05/2026

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



NOMBRE **JONH STHIF RODRIGUEZ VEGA**
C.C. No. **79.807.240 DE BOGOTA D.C.**
TELEFONO **316 4768605**
DIRECCION **Cra 5 No 7ª 44 Torre 1 Apto 204**
E-MAIL **jsthifrv@hotmail.com**