

**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA**

Versión: 3  
Fecha de aprobación: 2/15/2018  
Código: 04-02-FO-0002



**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		Sandra Mónica Araujo Meza					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	59675405		
CORREO ELECTRONICO:	moniarameza061226@gmail.com			CELULAR:	3214339156		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		EQUIPO ATENCION EN CASA ASUNCION BOCHICA		SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	SU46K33-5	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550488453916816				PENSIONADO	NO	

**INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

NÚMERO DE CONTRATO	4899			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	1767	FECHA	2025-08-27 13:17:12.000	NÚMERO DE CRP	38664	FECHA	2025-08-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	TECNICO III						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE		FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-07-22		2025-07-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$662,543			
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 0%	N/A			

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercute en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

**CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$888,912
VALOR EJECUTADO	\$662,543
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$662,543
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$226,369
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	75%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
59675405	\$908,526	\$113,566	\$145,364	3	\$22,132	\$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ  
52744682  
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..  
Copyright © 2021

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil gestor étnico, bachiller, técnico y/o tecnólogo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud MAS Bienestar en el marco de los equipos extramurales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos anexos del convenio, procesos, guías institucionales y nacionales vigentes.	Realizar revision de la entrega de 12 seguimientos presenciales en físico y Entrega de Magnetica de 12 seguimientos con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes a digitacion y custodia de los mismos., sesiones colectivas 2 y 1 sesiones de medicina ancestral	Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiar concertado Actas y Listados de asistencia
Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Sub Red Sur Occidente o las contempladas en el convenio asignado	Participar en jornadas de SDS como por la Sub Red Sur Occidente o las contempladas en el convenio asignado	Actas y listados de asistencia de Participacion
. Desarrollar acciones de control social, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, atención, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada.	Realizar revision de la entrega de 12 seguimientos presenciales en físico y Entrega de Magnetica de 12 seguimientos con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes a digitacion y custodia de los mismos., sesiones colectivas 2 y 1 sesiones de medicina ancestral	Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiar concertado Actas y Listados de asistencia
Prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo a las guías y protocolos institucionales vigentes	Asistir y participar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo a las guías y protocolos institucionales vigentes	Actas y Listados de asistencia de Participacion
Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, programadas por la Secretaria Distrital de Salud, por Dirección de Gestión del Riesgo, supervisora de contrato o subred.	Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, programadas por la Secretaria Distrital de Salud, por Dirección de Gestión del Riesgo, supervisora de contrato o subred	Actas y Listados de asistencia de Participacion
Fortalecer grupos de veeduría ciudadana, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud	Fortalecer grupos de veeduría ciudadana, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.	Actas y Listados de asistencia de Participacion
Realizar entrega de productos, informes requeridos, bases de datos, cargue de historia clínica (si aplica), aplicativos de la Subred o de la SDS entre otros o realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato, apoyo a la supervisión y/o líder del proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención.	Realizar revision de la entrega de 12 seguimientos presenciales en físico y Entrega de Magnetica de 12 seguimientos con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes a digitacion y custodia de los mismos., sesiones colectivas 2 y 1 sesiones de medicina ancestral	Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiar concertado Actas y Listados de asistencia
Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE, SDS o por entes de control.	Realizar revision de la entrega de 12 seguimientos presenciales en físico y Entrega de Magnetica de 12 seguimientos con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes a digitacion y custodia de los mismos., sesiones colectivas 2 y 1 sesiones de medicina ancestral	Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiar concertado Actas y Listados de asistencia
Elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos	Realizar revision de la entrega de 12 seguimientos presenciales en físico y Entrega de Magnetica de 12 seguimientos con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes a digitacion y custodia de los mismos., sesiones colectivas 2 y 1 sesiones de medicina ancestral	Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiar concertado Actas y Listados de asistencia
Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas asignadas.	Dar respuesta de manera oportuna a quejas asignadas	Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiar concertado Actas y Listados de asistencia

Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, según programación y necesidad del servicio.	Realizar revision de la entrega de 12 seguimientos presenciales en físico y Entrega de Magnetica de 12 seguimientos con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes a digitacion y custodia de los mismos., sesiones colectivas 2 y 1 sesiones de medicina ancestral	Prestar siempre actividades cuidando la imagen Institucional
Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.	Realizar revision de la entrega de 12 seguimientos presenciales en físico y Entrega de Magnetica de 12 seguimientos con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes a digitacion y custodia de los mismos., sesiones colectivas 2 y 1 sesiones de medicina ancestral	Prestar siempre actividades cuidando la imagen Institucional
Portar elementos de identificación de manera adecuada y constante en la ejecución de las acciones	Portar los elementos de identificación adecuadamente	Porte de elementos Institucionales adecuadamente
Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio.	Portar elementos de identificación de manera adecuada y constante en la ejecución de las acciones	Mantener en adecuado estado los elementos entregados por la subred
Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos dura	Realizar revision de la entrega de 12 seguimientos presenciales en físico y Entrega de Magnetica de 12 seguimientos con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes a digitacion y custodia de los mismos., sesiones colectivas 2 y 1 sesiones de medicina ancestral	Formato Plan de Acción Cronograma de trabajo Matriz de seguimiento Familiar Formatos de caracterización social Familiar, Tamizajes y plan familiar concertado Actas y Listados de asistencia

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ  
52744682  
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..  
Copyright © 2021

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

**NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

**SANDRA MONICA ARAUJO MEZA**

**C.C 59.675.405 de TUMACO**

La suma de Seiscientos sesenta y dos mil quinientos cuarenta y tres pesos (662.543), por concepto de servicios como GESTORA, en el marco del convenio Equipos Básicos Extramurales, durante el periodo de 22 al 31 de Julio de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4899 - 2025

---

*Mónica Araujo Meza*

**C.C. 59.675.405 de TUMACO**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 0550488453916816**

**Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo del 22 al 31 de Julio y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.**



---

**YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA**

**Apoyo a la supervisión**

**Equipos Básicos extramurales**

## SANDRA MONICA ARAUJO MEZA CC 59.675.405

### SECOP II

3

Ver

**Cargo**  
**Título**  
**Nombre** Sandra Mónica  
**Apellidos** Araujo Meza  
**Fecha de nacimiento** 02/06/1978 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)  
**Nivel Educativo** Técnica o tecnológica completa (con o sin título)  
**Género** Mujer  
**¿Tiene alguna discapacidad?**  Sí  No  
**Nombre y apellido** Sandra Mónica Araujo Meza  
**Tipo de documento**  
**Número de documento**  
**Dirección**  
**Código postal**  
**Estrato**  
**Ubicación**  
**País** COLOMBIA  
**Correo electrónico** moniarameza061226@gmail.com  
**Teléfono**  
**Celular** 3214339156





#### Configuración

---

**Zona horaria** (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito  
**Idioma** Español (Colombia)  
**Configuración regional** Español (Colombia)

#### Seguridad de la información

---

 <p style="font-size: 8px;">El futuro es de todos Gobierno de Colombia</p>	<p><b>FORMULARIO ÚNICO</b></p> <p><b>DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA</b></p> <p>Persona Natural (LEY 190 DE 1995)</p>	<p style="font-size: 8px;">ENTIDAD RECEPTORA</p> <p style="font-size: 8px;">Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p>  <p style="font-size: 8px;">Última Actualización: 07-jul-2025</p>
---	--	--

**1. DECLARACION JURAMENTADA**

**1.1 DE BIENES Y RENTAS**

YO, SANDRA MONICA ARAUJO MEZA  
**IDENTIFICADO CON** C.C.  C.E.  T.I.  No. 59675405 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**  
**País** Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.  
**Dirección** CL 70 D SUR 77 L 04 **Teléfonos** 3214339156 3214339156

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Faid Marcelo Ferrin Araujo	1146129224	Hijo(a)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,  
 PARA TOMAR POSESION  PARA RETIRARME  PARA ACTUALIZACION   
 PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE   
 QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 1.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 1.000.000,00</b>

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
				\$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Casa	calle 70D sur # 77 L - 04	\$ 100.000.000,00

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
		\$ 0,00



## FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

### DATOS PERSONALES

Nombre:	SANDRA MONICA ARAUJO MEZA
Identificación:	59675405
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	moniarameza061226@gmail.com
Tipo declaración:	Para suscribir contrato de prestación de servicios
Fecha Declaración:	11/07/25

El/la servidor/a público/a o colaborador/a, se compromete desde ya, a informar a la Administración Distrital, de los eventos o situaciones potenciales o reales que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualizar esta declaración en el momento en que se presente alguna de las tipologías que dé lugar a la configuración de un conflicto de interés.

Lo anterior, en aras de resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entré en conflicto con el interés particular, de acuerdo a lo contemplado en la Leyes: 2016 de 2020 - Código de Integridad del Servicio Público Colombiano, adoptado para el Distrito Capital mediante el Decreto Distrital 118 de 2018; 1952 de 2019, modificada por la Ley 2094 de 2021 - Código General Disciplinario; 1437 de 2011 - Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y 190 de 1995 - Estatuto Anticorrupción anterior a la Ley 1474 de 2011.

Para efectos del diligenciamiento: Para suscribir contrato de prestación de servicios

Para el efecto manifiesto bajo la gravedad del juramento:

Documento electrónico: 68cc7a8012e28274cdb059300d650df6abed869f7dd407f07b0da1c2f6bdf75

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Medellín, 30 de julio de 2025

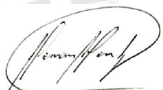
**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA**

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que SANDRA MONICA ARAUJO MEZA identificado(a) con C59675405 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C596754052521129955

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS  
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del  
**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**SANDRA MONICA ARAUJO MEZA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **59.675.405**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 29 de Julio del 2025.

Cordialmente,



---

Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

*Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a [www.porvenir.com.co](http://www.porvenir.com.co) y actualice su Historia Laboral.*



**EL PROGRAMA DE CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S**  
**NIT 900.298.372-9**

**CERTIFICA QUE**

Que el(la) señor(a) SANDRA MONICA ARAUJO MEZA identificado(a) con Cedula Ciudadania 59675405, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS CAPITAL SALUD EPS-S como cotizante Independiente según Información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20250721	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 26 días del mes de Agosto de 2.025

**Observaciones:**

**Con destino a:**  
A QUIEN INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de CAPITAL SALUD EPS-S, cualquier aclaración con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención Servicios de Salud (601)7427257. Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,  
CAPITAL SALUD EPS-S.

Elaboró: LUZ MAGALY ROMERO  
29734754

CER-AFI



Medellín, 30 de julio de 2025

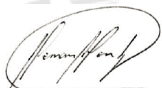
**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA**

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que SANDRA MONICA ARAUJO MEZA identificado(a) con C59675405 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C596754052521129955

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos