



**LA SUSCRITA DIRECTORA DE SALUD PÚBLICA DE LA
SECRETARIA DE SALUD DEL CHOCO**

CERTIFICA

Que **SANDRA PATRICIA MENA MARTINEZ**, Identificada con Cedula de Ciudadanía N° **54.259.801** de Quibdó, con Numero de Contrato **CD-PS-GDCH-137SS-2025** del 25 de abril de 2025, presto sus servicios a entera Satisfacción como enfermera con experiencia en la administración y gestión del programa en los componentes del PAI, durante el periodo comprendido entre el 01 al 30 de agosto de 2025.

SANDRA MILENA ANDRADE MOSQUERA
Directora de salud pública de la secretaria de Salud del Chocó

OCUENTA DE COBRO
LA GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CHOCO
CON
NIT: 891.680.010-3
DEBE A:

SECRETARIA / OFICINA	SECRETARIA DE SALUD	PAGO N°	05
----------------------	---------------------	---------	----

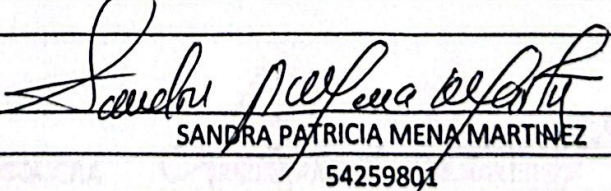
PERIODO DE COBRO	
Desde: el 01 de agosto 2025	Hasta:30 de agosto 2025

1. INFORMACION BASICA DEL CONTRATISTA			
NOMBRE	SANDRA PATRICIA MENA MARTINEZ		
C.C o NIT	54259801		
ACTIVIDAD ECONOMICA RUT	8699	TIPO DE ACTIVIDAD	NO RESPONSABLE DE DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS - IVA


2. INFORMACION DEL CONTRATO /RAZON DEL COBRO	
POR CONCEPTO DE:	PAGO POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UNA ENFERMERA CON EXPERIENCIA EN LA AMINISTRACION Y GESTION DEL PROGRAMA EN LOS COMPONENTES DEL PAI, PARA FUNCIONES DE COORDINACION DE APOYO A SALUD PUBLICA DE LA SECRETARIA SALUD DE LA GOBERNACION DEL CHOCO.

AMPARADO EN:					
CONTRATO NO.	CD-PS-GDCH-137SS-2025	CDP N°	1826	RP N°	3855
FECHA CONTRATO	25/04/2025	FECHA CDP	22/04/2025	FECHA RP	25/04/2025

3. INFORMACION FINANCIERA					
VALOR A PAGAR EN LETRAS		SEIS MILLONES DE PESOS M/CTE			
VALOR A PAGAR EN NUMERO		\$6.000.000			
ENTIDAD BANCARIA	BBVA	TIPO DE CUENTA	AHORRO	NÚMERO DE CUENTA	0440189967

FIRMA	
NOMBRE	SANDRA PATRICIA MENA MARTINEZ
C.C	54259801
DIRECCION	BARRIO ZONA MINERA
CELULAR	3127672784

NOTA: Declaro bajo juramento en esta cuenta de cobro que no enfrentaré costos y gastos a mis rentas de trabajo al final del año: esto para efectos de que el departamento de contabilidad practiqué la retención en la fuente con base en el artículo 383 del ET, adicionalmente manifiesto que, en el pago de seguridad social adjunta, he incluido como IBC (ingreso base de cotización) el 40% de los ingresos. (cuando haya lugar a ello).

	MACROPROCESO: GESTIÓN DE APOYO		Gobernación del Chocó
	PROCESO: GESTIÓN CONTRACTUAL		
	PROCEDIMIENTO: INTERVENTORIA Y SUPERVISIÓN CONTRACTUAL		
	FORMATO ACTA DE INICIO	Código: GCO.FT.003 Versión: 02 Fecha: 04 de septiembre de 2024	

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO			
Clase de Contrato:	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS		
No de Contrato:	CD-PS-GDCH-137SS-2025	Fecha de Suscripción:	25-04-2025
Contratante:	GOBERNACION DEL CHOCO	NIT:	891680010-3
Contratista:	SANDRA PATRICIA MENA MARTINEZ	No. de Identificación:	54 259.801
Objeto del Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UNA ENFERMERA CON EXPERIENCIA EN LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DEL PROGRAMA EN LOS COMPONENTES DEL PAI, PARA FUNCIONES DE COORDINACIÓN DE APOYO A SALUD PÚBLICA DE LA SECRETARIA DE SALUD- GOBERNACIÓN DEL CHOCÓ.		
Valor del Contrato:	CUARENTA Y OCHO MILLONES DE PESOS MCTE (\$ 48.000.000)		
Plazo:	OCHO (8) MESES, SIN EXCEDERSE DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2025		
Rubro Presupuestal	2.3.2.02.02.009.1.2.1.1.1.85		
Fecha de Inicio:	25-04-2025		
Fecha de Terminación:	24-12-2025		

En la ciudad de Quibdó, en el Despacho de Secretaría de Salud del Departamento del Chocó: se reunieron: SANDRA MILENA ANDRADE MOSQUERA, Directora de Salud Pública de la Secretaría de Salud Departamental del Chocó, quien actúa como supervisora designada del contrato de la referencia, y SANDRA PATRICIA MENA MARTINEZ, con C.C. No 54.259.801, en su calidad de contratista, con el fin de iniciar la ejecución del contrato en mención.

Se deja constancia que las erogaciones que el Contratante efectuó para el pago del valor del presente contrato de prestación de servicios se harán con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 1826 del 22 de abril de 2025 y Registro Presupuestal No. 3855 del 25 de abril del 2025, expedidos para tal fin por la Coordinadora de la oficina de Presupuesto de la entidad.

En constancia se firma por los que en ella intervinieron el día 25 de abril de 2025.


SANDRA MILENA ANDRADE MOSQUERA
Supervisor del Contrato


SANDRA PATRICIA MENA MARTINEZ
Contratista
C.C. No. 54.259.801

Dirección Sede Principal
Calle 31 con Cra 1a Esquina - Barrio Kennedy, Quibdó - Colombia
www.choco.gov.co



Nro. RP: 3855	Fecha: 25 de Abril de 2025	Vigencia: 2025	Tipo de presupuesto: PRESUPUESTO ENTIDAD
Dependencia: SECRETARÍA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL CHOCÓ	Estado: APROBADO	Valor total: 48.000.000,00	Nro. Contrato: CD-PS-GDCH-137SS-2025
Código BPIN: 20250000001309	Tercero: 54259801 - MENA MARTINEZ SANDRA PATRICIA		

DESCRIPCIÓN:
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UNA EN-FERmera CON EXPERIENCIA EN LA ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DEL PROGRAMA EN LOS COMPONENTES DEL PAI, PARA FUNCIONES DE COORDINACIÓN DE APOYO A SALUD PUBLICA DE LA SECRETARIA DE SALUD- GOBERNACIÓN DEL CHOCÓ

RUBROS DE EGRESO

CDP	Código	Resumido	Rubro de egreso	Valor
1826	2.3.2.02.02.009.1.2.1.1.1.85	1363	Desarrollo de capacidades para la Gobernanza en Salud Pública CICP: 2.3.2.02.02.009 - SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES. Fuente: 1.2.4.2.02 - SGP-SALUD-SALUD PUBLICA. Fonde: 536 - SGP SALUD - SALUD PUBLICA. MGA: 1905054 - SERVICIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD. CPC: 91122 - Servicios de la administración pública relacionados con la salud. Sector: 19 - SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Situación: C. BPIN: 20250000001309	48.000.000,00

Total 48.000.000,00

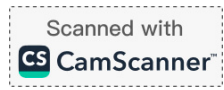
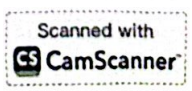
Son: CUARENTA Y OCHO MILLONES PESOS CON CERO CENTAVOS

PROGRAMACIÓN DE PAGOS

Mes	Valor
ABRIL	1.200.000,00
MAYO	6.000.000,00
JUNIO	6.000.000,00
JULIO	6.000.000,00
AGOSTO	6.000.000,00
SEPTIEMBRE	6.000.000,00
OCTUBRE	6.000.000,00
NOVIEMBRE	6.000.000,00
DICIEMBRE	4.800.000,00

Elaboró: HOYOS MOSQUERA ZALLY ZULEMA
Aprobó: HOYOS MOSQUERA ZALLY ZULEMA
Impreso: HOYOS MOSQUERA ZALLY ZULEMA

Coordinadora de Presupuesto



Compensar operador de Información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): SANDRA PATRICIA MENA MARTINEZ
No. Identificación: CC54259801
Dirección: CR6 N 45 70 B HUAPANGO
Telefono: 3108956787
Correo: SPATRICIAMENA@HOTMAIL.COM
Ciudad: QUIBDÓ
Número de Planilla: 8389000006

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	SANDRA PATRICIA MENA MARTINEZ	Número de Empleados	1
Tipo y número de Identificación	CC54259801	Periodo de Cotización Salud	agosto de 2025
Número de planilla	8389000006	Periodo de Cotización Pensión	agosto de 2025
Fecha pago	2025-08-14	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	89000006	Total Pagado	696600
Banco	1052	Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	12600	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	384000	1
EPS005	Sanitas EPS	300000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 54259801
APELLIDOS Y NOMBRES: SANDRA PATRICIA MENA MARTINEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	25-14	2400000	2400000	2400000	0	300000	0	384000	0	12600	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

	MACROPROCESO: GESTIÓN DE APOYO		Gobernación del Chocó
	PROCESO: GESTIÓN DOCUMENTAL		
	PROCEDIMIENTO: PRODUCCIÓN DOCUMENTAL		
	FORMATO INFORME MENSUAL CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Código: GDS.FT.004 Versión: 04 Fecha: 14 de marzo de 2024	

Secretaría / Oficina	Secretaria de Salud	Pago No.	05	Fecha Informe	30 de agosto 2025
----------------------	---------------------	----------	----	---------------	-------------------

1. INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR


Nombres y Apellidos	Sandra Patricia Mena Martínez				
Tipo y No. Identificación	CC 54259801	No. Celular	3127672784		
Correo Electrónico	spatriciarena@hotmail.com				

2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO / CONVENIO


Objeto del Contrato/Convenio	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UNA ENFERMERA CON EXPERIENCIA EN LA AMINISTRACION Y GESTION DEL PROGRAMA EN LOS COMPONENTES DEL PAI, PARA FUNCIONES DE COORDINACION DE APOYO A SALUD PUBLICA DE LA SECRETARIA SALUD DE LA GOBERNACION DEL CHOCO.				
Contrato/Convenio No.	CD-PS-GDCH-137SS-2024	CDP No.	1826	RP No.	3855
Fecha de Suscripción	25/04/2025	Fecha de Iniciación	25/04/2025	Fecha de Terminación	24/12/2025
Plazo de Ejecución	8 meses		Periodo a Pagar:	Del 01 al 30 de agosto de 2025	
Póliza No.	-	No. Planilla Aportes Salud y Pensión:	8389000006		

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

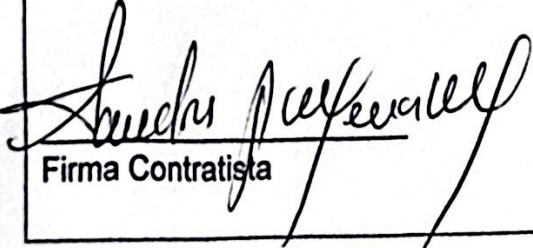
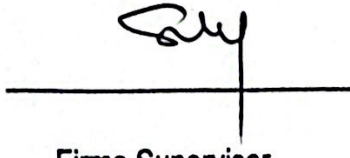
Pago/Desembolso No. 1	Pago/Desembolso No. 2	Pago/Desembolso No. 3	Pago/Desembolso No. 4	Pago/Desembolso No. 5	Pago/Desembolso No. 6
\$1.200.000	\$ 6.000.000	\$ 6.000.000	\$ 6.000.000	\$	\$
Pago/Desembolso No. 7	Pago/Desembolso No. 8	Pago/Desembolso No. 9	Pago/Desembolso No. 10	Pago/Desembolso No. 11	Pago/Desembolso No. 12
\$	\$	\$	\$	\$	\$
Valor total Contrato/Convenio	\$ 48.000.000		Valor total pagado	\$ 19.200.000	
Valor Autorizado a Pagar (en letras): SEIS MILLONES DE PESOS M/CTE					
Valor Autorizado a Pagar (en números)			\$ 6.000.000		
Avance Físico (%)	52.5%		Avance Financiero (%)	40%	

	MACROPROCESO: GESTIÓN DE APOYO		Gobernación del Chocó
	PROCESO: GESTIÓN DOCUMENTAL		
	PROCEDIMIENTO: PRODUCCIÓN DOCUMENTAL		
	FORMATO INFORME MENSUAL CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Código: GDS.FT.004 Versión: 04 Fecha: 14 de marzo de 2024	

4. ACTIVIDADES EJECUTADAS EN EL MES	
OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATO	ACCIONES
Coordinar el Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI de la secretaria de salud.	He liderado de manera responsable las obligaciones que conforme a mi rol se designaron.
Prestar sus servicios como profesional especializado que sirva de apoyo a la secretaria de salud como referente Regional y coordinador del Programa Ampliado de Inmunizaciones- PAI.	Asesorar, revisar, recomendar pautas y normas para el desarrollo de las prácticas de vacunaciones e inmunizaciones y vigilancia de enfermedades inmunoprevenibles.
Elaborar los informes requeridos, solicitados sobre los temas del Programa de la secretaria de Salud de forma oportuna y conforme a los requerimientos de los solicitantes.	Responder de forma oportuna los requerimientos que allegan a la secretaria específicamente para el Programa Ampliado de Inmunizaciones.
Apoyar a la secretaria de Salud en lo concerniente al Programa Ampliado de Inmunización, en todas las campañas de Vacunación y demás actividades que se deriven por razón del contrato.	Apoyo a la secretaria de salud en el cumplimiento de las actividades para el mejoramiento de las coberturas de vacunación
Apoyar a la secretaria en todas las Funciones que de acuerdo a su perfil pueda Sistematizar y cumplir con la gestión documental de la oficina del programa Ampliado de Inmunizaciones	He realizado a cabalidad esta actividad conforme a la necesidad.
Realizar asistencia técnica a IPS vacunadoras, EAPB y entidades territoriales de acuerdo a necesidad.	Realización del Comité número siete PAI Departamental, con el acompañamiento de Super Salud regional, entidades territoriales, IPSs y EAPB.
Identificar e involucrar actores aliados en el cumplimiento de las metas y articular con las Instituciones que desarrollan acciones en pro de la niñez, como son la Procuraduría, Departamento para la Prosperidad Social, ICBF, Policía de infancia, secretarías de Educación, Comisarías de Familia, iglesias, Pastoral Social, ONG, entre otros	Articulación con los actores educación,
Guardar la debida reserva de los asuntos que conozca con ocasión de la actividad, velando siempre por los intereses de la Secretaría de Salud del Departamento.	
Participar en las mesas de trabajo intersectorial y con aliados estratégicos, convocadas por la entidad territorial.	

	MACROPROCESO: GESTIÓN DE APOYO		Gobernación del Chocó
	PROCESO: GESTIÓN DOCUMENTAL		
	PROCEDIMIENTO: PRODUCCIÓN DOCUMENTAL		
	FORMATO INFORME MENSUAL CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Código: GDS.FT.004 Versión: 04 Fecha: 14 de marzo de 2024	

Realizar las demás actividades asignadas por el supervisor del contrato de acuerdo a la naturaleza del objeto del contrato	Cumplimiento en todas las actividades asignadas por parte de la directora de Salud Pública
--	--

 Firma Contratista	 Firma Supervisor
--	--

NOTA: Se deben adjuntar las evidencias o anexos que soporten lo descrito en el presente formato.