Ciudad y fecha:	Montería, 19 de Febrero de 2026
Unidad:	Unidad Prestadora de Salud Córdoba
Tipo de contrato	<table><tr><th>Tipo de contrato</th><th>Marque el tipo de contrato</th></tr><tr><td>Orden de compra</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de obra</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de consultoría</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de prestación de servicios</td><td>X</td></tr><tr><td>Contrato de compraventa</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de suministro</td><td></td></tr><tr><td>Contrato interadministrativo</td><td></td></tr></table>
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	92-7-20111-25
Constancia de recibido No.	5
Contratista:	LEYLA CRISTINA VELEZ LONDOÑO
NIT del contratista:	1046910150
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	Prestación de los servicios profesionales y de apoyo a la gestión como auxiliar de enfermería para la unidad prestadora de salud tipo B Córdoba – ESPRI-Montería
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	N/A
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	$ 3.965.867,20
Plazo de ejecución:	09/12/2025 hasta el 19/02/2026
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	N/A
Lugar de ejecución y/o entrega	Unidad Prestadora de Salud Córdoba
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X_	NO
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	**Patrullera Luz Deys Blanco Montes** Supervisor de Contrato

Fecha de entrega certificada:	Del: 9/02/2026 Al: 19/02/2026						
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia	Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar *	Valor a pagar
	Córdoba	16	Aux Enfermería	$ 908.844,56	$ 908.844,56		$ 908.844,56
Acta de recepción de bienes	N/A						

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
FECV-29	19/02/2026	$ 908.844,56		$ 908.844,56
Valor total bienes y/o servicios recibidos		$ 908.844,56		$ 908.844,56

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: *Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de* supervisor acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas.

No.	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO Si No	Observaciones y Evidencias
1	Realizar actividades de una auxiliar en enfermería en el servicio que se requiera en la unidad prestadora de Salud Córdoba.	SI	CUMPLIO
2	Realizar limpieza, dotar con los insumos biomédicos, organizar, verificar todos los consultorios de la consulta externa y demás servicios.	SI	CUMPLIO
3	Realizar el agendamiento de citas médicas según el servicio que se encuentre prestando su labor.	SI	CUMPLIO
4	Atender con humanismo y calidad todos los usuarios de subsistema de la Policía Nación.	SI	CUMPLIO
5	Verificar los soportes de las solicitudes de servicio según instructivo de la DISAN y UPRES DECOR.	SI	CUMPLIO
6	Verificar que cada solicitud de servicio cumpla con los requisitos de ley para su trámite y autorización.	SI	CUMPLIO
7	Colaborar implementación y ejecución de las Planes de Mejoramientos a los diferentes procesos llevados en la Unidad prestadora de Salud Córdoba.	SI	CUMPLIO
8	Procurar el cuidado integral de su salud.	SI	CUMPLIO
9	Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá patrimonialmente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros	SI	CUMPLIO
10	Actualizarse periódicamente en protocolos y guías de acuerdo a las escuelas de eficiencias corporativas.	SI	CUMPLIO

11	Dar cumplimiento estricto a los protocolos y guías de manejo expedidos por Ministerio de Salud y Protección Social, los adoptados por la Dirección de Sanidad a través de sus diferentes unidades y a los lineamientos que emita la Dirección de Sanidad para los procedimientos y atención en salud con ocasión del desarrollo del objeto contractual.	SI	CUMPLIO
12	Tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a los funcionarios de la POLICÍA NACIONAL, pacientes y demás personas con que tenga relación con ocasión de la prestación del servicio, observando la moral y las buenas costumbres.	SI	CUMPLIO
13	Realizar las actividades propias para las que fue contratada dando cumplimiento a la normatividad y leyes vigentes de carácter general e interno que guarden relación con el Sistema de Gestión Integral (MECI, CALIDAD Y SISTEDA).	SI	CUMPLIO
14	Tramitar los requerimientos institucionales y particulares recibidos a través del correo electrónico, office comunicador, fax y demás medios de comunicación.	SI	CUMPLIO
15	Realizar demanda inducida en salas de espera.	SI	CUMPLIO
16	Establecer los contenidos, de lineamientos definidos por la DISAN que permitan el análisis y la interrelación entre los procedimientos y los procesos de la Dirección de Sanidad.	SI	CUMPLIO
17	Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y en tratamientos que puedan presentarse.	SI	CUMPLIO
18	Mantener la debida reserva a comentarios que se emitan durante la jornada.	SI	CUMPLIO
19	Brindar orientación a todo usuario o funcionario que lo requiera.	SI	CUMPLIO
20	Tener en cuenta las normas de bioseguridad en las actividades como auxiliar de enfermería.	SI	CUMPLIO
21	Atender de manera personal y telefónica al cliente interno y externo que se comunique con la dependencia, utilizando los canales de comunicación asignados para tal fin.	SI	CUMPLIO
22	Mantener la debida reserva a comentarios que se emitan durante la jornada laboral.	SI	CUMPLIO
23	Ingreso de la información de cada procedimiento y/o consulta realizando en tiempo real al aplicativo SISAP.	SI	CUMPLIO
24	Realizar informe ejecutivo de cada una de las consultas y/o actividades realizadas durante el mes, dejando evidencias fotográficas, planillas de asistencias o documentos que soporten las actividades si se requieren.	SI	CUMPLIO
25	Ingreso de la información de cada procedimiento realizado en tiempo real en los diferentes aplicativos como: SISAP, SISAP WEB, PAI WEB, VACUNSOFT, COSTOS y demás sistemas exigidos por la Dirección de Sanidad, Secretaría de Salud Departamental y entes de control en salud.	SI	CUMPLIO
26	Informar al supervisor del contrato de desarrollo de sus actividades y novedades que se presenten.	SI	CUMPLIO

Luz Deys Blanco M.

Patrullera Luz Deys Blanco Montes
Supervisor de Contrato

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
3628ef20eac87b5e365048769fc8a6ce219feebc5784896290c62bd31491ff94832fce6f1ba3fe43647da4aff76af14f

Número de Factura: FECV-29
Fecha de Emisión: 19/02/2026
Fecha de Vencimiento: 19/03/2026
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Consignación bancaria
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: VELEZ LONDOÑO LEYLA CRISTINA
Nombre Comercial: VELEZ LONDOÑO LEYLA CRISTINA
Nit del Emisor: 1046910150
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8692

País: Colombia
Departamento: Córdoba
Municipio / Ciudad: Montería
Dirección: CL 36 3 W 65
Teléfono / Móvil: 3113676303
Correo: laleycris92@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: POLICIA METROPOLITANA DE MONTERIA
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900800975
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Córdoba
Municipio / Ciudad: Montería
Dirección: Carrera 14 No. 41 - 61 barrio Laureles
Teléfono / Móvil: 0000000
Correo: mileidis.ramos@correo.policia.gov.co

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				Precio unitario de venta
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	
1	SAE	SERVICIOS PRESTADOS C OMO AUXILIAR DE ENFER MERIA	NIU	1,00	$ 908.844,56	$ 0,00	$ 0,00					$ 908.844,56

Notas Finales

#$16-01-02-045;92-7-20049-25;mileidis.ramos@correo.policia.gov.co#$
Linea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
19/02/2026 08:00:05
Documento validado por la DIAN:
19/02/2026 08:00:06
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	908844.56
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	908844.56
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	908844.56
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) **COP $**	$ 908844.56

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	908.844,56
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	908.844,56
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	908.844,56
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) **COP $**	$ 908.844,56

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764069100581 Rango desde: 1 Rango hasta: 200 Vigencia: 2026-04-16

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1046910150		VELEZ LONDOÑO LEYLA CRISTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 36 N 3W-65	COCORNA-ANTIOQUIA	7777777	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	41487962	9457320666	I	2026/02/12	2026/02/06	NEQUI	0	$576,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: COCORNA Depto: ANTIOQUIA (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	1046910150	VELEZ LEYLA	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS010	30	$1,750,905	$218,900	CCF04	30	$1,750,905	$35,100	14-23	30	$1,750,905	$42,700	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$1,750,905	$42,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1046910150		VELEZ LONDOÑO LEYLA CRISTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 36 N 3W-65	COCORNA-ANTIOQUIA	7777777	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	41487962	94973720666	I	2026/02/12	2026/02/06	NEQUI	0	$576,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0	$0	$42,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$0	$0	$42,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,100	$0	$0	$35,100
COMFAMA	CCF04	890,900,841	9	1	$35,100	$0	$0	$35,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$576,900**	**$0**	**$0**	**$576,900**

Montería, 19 Febrero 2026

Patrullera
LUZ DEYS BLANCO MONTES
Supervisor de contrato
Carrera 14 # 41-61 Barrio Los Laureles
Montería.

Asunto: Informe Actividades

De manera atenta y respetuosa me permito informar al señor supervisor, bajo las cláusulas de mi contrato de número 92-7-20111-25 con 80 horas contratadas mensuales, realizando las actividades en el periodo comprendido desde el 9 al 19 de febrero de 2026, prestando mis servicios como auxiliar de enfermería del área de consulta externa.

No.	Actividades	Julio
1	Ingreso a Consulta no programada	57
2	Toma de signos vitales.	57
3	Electrocardiograma	8
4	Realización de curaciones.	2
5	Toma de glucometrias	4
6	Retiro de puntos	1
7	Limpieza y desinfección de equipos	5
9	Ingreso a panel ambulatorio.	77
10	Toma de muestras de laboratorio	190

LEYLA CRISTINA VELEZ LONDOÑO
C.P.S Aux de Enfermería

Monteria 19 de febrero de 2026

Señores:
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CORDOBA
Monteria

Respetados señores;

Yo, LEYLA CRISTINA VELEZ LONDOÑO identificado con cedula de ciudadanía No. 1.046.910.150 de Segovia, Antioquia , para efectos previstos en la Ley 1607 de 2012 y los Decretos reglamentarios 0099 de 2013 y 1070 de 2013 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público certifico bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

1. Mis ingresos en el año gravable inmediatamente anterior **SI** provienen de la prestación de servicios de manera personal o del desarrollo de una actividad económica por cuenta y riesgo del empleador o contratante, en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%) del total de los ingresos percibidos por el contribuyente en dicho periodo fiscal.

2. Mis ingresos en el año gravable inmediatamente anterior **SI** provienen de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieran la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado, en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%) del total de los ingresos percibidos por el contribuyente en dicho periodo fiscal.

3. **NO** Estoy obligada (o) a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior.

4. Mis ingresos totales en el año gravable inmediatamente anterior **NO** superaron los mil cuatrocientos (1400) UVT (65.891.000 Pesos).

Cordialmente,

FIRMA Cristina Velez

NOMBRE LEYLA CRISTINA VELEZ LONDOÑO

CEDULA 1046910150 DE SEGOVIA, ANTIOQUIA

TEL 3113676303

Monteria 19 de febrero de 2026

CERTIFICACIÓN

Certifico bajo la gravedad de juramento, que la constancia de pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social Integral que adjunto a la presente, corresponde a los ingresos provenientes por la ejecución del presente contrato Nr. 92-7-20111-25 de servicios materia del pago sujeto a retención.

Para los efectos pertinentes, a continuación discrimino los aportes efectuados:

Aporte a EPS	$	218.900,00
Aporte a AFP	$	280.200,00
Aporte a ARL	$	42.700,00
Aporte Caja de Compensacion	$	35.100,00
Intereses de mora		
TOTAL	$	576.900,00

Atentamente,

Cristina Velez

LEYLA CRISTINA VELEZ LONDOÑO
C.C 1.046.910.150 DE SEGOVIA- ANTIOQUIA
AUXILIAR DE ENFERMERÍA

AGENDA CONCERTADA PARA EL MES DE FEBRERO 2026

PRESENTADA POR LEYLA CRISTINA VELEZ LONDOÑO

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO	HORAS
						1	
							0
2	3	4	5	6	7	8	
7 - 12 14 - 18	7 - 12 14 - 17	7 - 12 14 - 17	7 - 12 14 - 17	7 - 12 14 - 17			40
8	8	8	8	8			
9	10	11	12	13	14	15	
7 - 12 14 - 17	7 - 12 14 - 17	7 - 12 14 - 17	7 - 12 14 - 17	7 - 12 14 - 17	8 - 12 LIMPIEZA CONSULTORIOS	8 - 13	49
8	8	8	8	8	4	5	
16	17	18	19	20	21	22	
7 - 12 14 - 17	7 - 12 14 - 17	7 - 12 14 - 17	7 - 12 14 - 17	TERMINACION DEL CONTRATO			32
8	8	8	8				
23	24	25	26	27	28		
							0
							0
						TOTAL	121

NOMBRE:	LEYLA CRISTINA VELEZ LONDOÑO
C.C.:	1046910150
TELEFONO:	3113676303
CORREO:	LA-LEY-CRIS@HOTMAIL.COM
F.I. CONTRATO:	9/12/2025
F.T. CONTRATO:	19/02/2026