INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN					
Periodo Del informe	21 de Agosto al 20 Septiembre de 2026			**Informe No.:**	1
Nombre del Supervisor:	NELLY JOHANA GARCIA TRUJILLO		**Cargo:**	Líder Administrativo y Financiero	
INFORMACIÓN BASICA DEL CONTRATISTA					
CONTRATISTA:	**MAGDA VALERIA MENDEZ CAICEDO**			**NIT/C.C: 1.019.063.981**	
Correo electrónico	mavale13@hotmail.com		**Factura o documento Soporte**		**MCMV-8**
Número de planilla de seguridad social	Certificación cumpl art 50 Ley 789/2000		**Periodo:**	Agosto	
INFORMACIÓN CONTRACTUAL					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION Y/O PROFESIONALES					
CONTRATO NUMERO:	**ARRENDAMIENTO 2026-231**		**Fecha de Suscripción:**	20/08/2026	
OBJETO DEL CONTRATO:	ADM-089 ARRENDAMIENTO DE BODEGA PARA ALMACENAMIENTO DE BIENES MUEBLES DE LA E.S.E HOSPITAL DE GIRARDOT.				
FECHA DE INICIO:	21 de agosto de 2026	**VALOR INICIAL:**		$	10.000.000
PLAZO:	2 MESES	**ADICIONES:**			
PRORROGA:		**MODIFICACIONES:**			
FECHA DE TERMINACION:	20 de octubre de 2026	**VALOR TOTAL:**		**$**	**10.000.000**
CDP CONTRATO	CDP 2026000396	**RP CONTRATO**			RP 2026000384
CDP CONTRATO MODIFICATRIOS	CDP 2026000436	**RP CONTRATO MODIFICATORIOS**			RP 2026000423

SEGUIMIENTO CONTRACTUAL

Cumplimiento de las obligaciones

Las actividades desarrolladas por el contratista en el periodo descrito anteriormente, relacionadas con cada una de las obligaciones específicas establecidas en el contrato/convenio/orden de compra y sus anexos han sido revisadas conforme al informe de actividades presentado y se detallan las evidencias o soportes, con lo cual se verifica el cumplimiento a satisfacción de las obligaciones establecidas.

El informe de ejecucion con los soportes de ejecución se puede consultar en el siguiente enlace o en la siguiente ruta de ubicación:	https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1NIQWIAlvjRtd5YX8MJSGvkcdqRzWKxj0

Concepto del supervisor sobre el cumplimiento general del objeto del contrato

El contratista ha cumplido a cabalidad con las obligaciones previstas en el alcance al objeto del contrato como se detalla en el cuadro anterior. Asi mismo y de acuerdo con las obligaciones especificas contenidas en la clausula tercera del contrato el contratista ha evidenciado el cumplimiento de las obligaciones administrativas, tecnicas, financieras de caracter contable y legal.

Durante el presente período no se han presentado novedades o situaciones anormales que afecten el desarrollo del contrato/convenio/orden de compra.

SEGUIMIENTO CONTRACTUAL

Informe general de actividades desarrolladas por el supervisor:	
1	Revisión de los soportes documentales de acuerdo con la lista de chequeo en las etapas precontractuales y contractuales.
2	Revisión de las cuentas presentadas por el contratista antes de expedir la certificación correspondiente para el pago de los servicios a que se refiere la factura, a efectos de evitar pagos indebidos que, de ocurrir, el supervisor del contrato será solidariamente responsable.
3	Revisión del pago oportuno de las obligaciones para con el Sistema de Seguridad Social Integral
4	Verificar la información suministrada por la CONTRATISTA en desarrollo del objeto contratado.

3	Revisión del pago oportuno de las obligaciones para con el Sistema de Seguridad Social Integral
4	Verificar la información suministrada por la CONTRATISTA en desarrollo del objeto contratado.
5	Conformación, actualización y seguimiento del expediente electrónico con la documentación relacionada con la ejecución del contrato/convenio/orden de compra.
6	Revisión de las causaciones de pago durante la ejecución del contrato para el proceso de la causación del pago, de acuerdo con la siguiente tabla:

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALOR	PAGOS REALIZADOS AL CONTRATISTA			
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 10.000.000,00	No.	FECHA	ORDEN DE PAGO	VALOR PAGADO
ADICIONES/ MODIFICACIONES AL CONTRATO	$ -	1			
VALOR ACTUAL DEL CONTRATO	**$ 10.000.000,00**	2			
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA	$ -	3			
SALDO ACTUAL DEL CONTRATO	$ 10.000.000,00	4			
VALOR DEL PRESENTE PAGO	**$ 5.000.000,00**	5			
SALDO DEL CONTRATO	**$ 5.000.000,00**	6			
		TOTAL PAGADO A LA FECHA			$ -

CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Con la presente se **CERTIFICA** que **EL CONTRATISTA** en mención ha cumplido durante el presente período, con el objeto, obligaciones, pago de la Seguridad Social y compromisos establecidos en el acto contractual en mención y en los documentos adicionales que hacen parte integral del mismo. Anexa Informe detallado de ejecución de actividades.

NOTA 1: Forma parte del presente documento el informe de actividades previamente entregado por el contratista el cual incluye: 1. Detalle del cumplimiento de cada una de las obligaciones con sus debidos soportes 2. Evidencia de los entregables 3. Planilla de seguridad social con el formato DECLARACION DE PAGO SEGURIDAD SOCIAL Y SOLICITUD DEDUCCIONES PARA APLICAR RETENCION EN LA FUENTE .

Por lo anterior, se **Autoriza** el pago correspondiente, conforme a lo estipulado en la cláusula cuarta del ARREND **2026-231** "forma de pago".
La suma deberá consignarse en la cuenta ahorros # 65963496162

Fecha del Informe: 28 de septiembre de 2026

Firma del supervisor:

NELLY JOHANA GARCIA TRUJILLO
Supervisor

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
f02be58795b00794094fde56f530fdfe4c0b00bdd93697a18998c9d81e5f04bf413e6736051bf03bfd36297ff63a336e

Número de Factura: MCMV-8
Fecha de Emisión: 22/09/2026
Fecha de Vencimiento: 30/09/2026
Tipo de Operación: 10 - Estándar
Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria
Orden de pedido: contrato arrendamiento 188
Fecha de orden de pedido: 19/02/2026

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: MENDEZ CAICEDO MAGDA VALERIA
Nombre Comercial: MENDEZ CAICEDO MAGDA VALERIA
Nit del Emisor: 1019063981
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8299
País: Colombia
Departamento: Cundinamarca
Municipio / Ciudad: Girardot
Dirección: CL 19 24 71 CA 14
Teléfono / Móvil: 3112135412
Correo: mavale13@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE GIRARDOT
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900290890
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
País: Colombia
Departamento: Cundinamarca
Municipio / Ciudad: Girardot
Dirección: carrera 5 calle 22 of 105
Teléfono / Móvil: 3104128246
Correo: admin@esehospitaldegirardot.gov.co

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				Precio unitario
Nro.	Código	Descripción	U/M.	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC.	%	de venta
1	002	Arriendo de bodega	NIU	1,00	$ 5.000.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 5.000.000,00

Notas Finales

Arriendo 20 agosto a 19 sept 2026
Linea de negocio: Arriendo 20 agosto a 19 sept 2026

Datos Totales

Documento generado el:
22/09/2026 22:23:29
Documento validado por la DIAN:
22/09/2026 22:23:29
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	5000000
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	5000000
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros Impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	5000000
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP $ $ 5000000

Valores Informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

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

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	5.000.000,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	5.000.000,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros Impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	5.000.000,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP $ $ 5.000.000,00

Valores Informativos

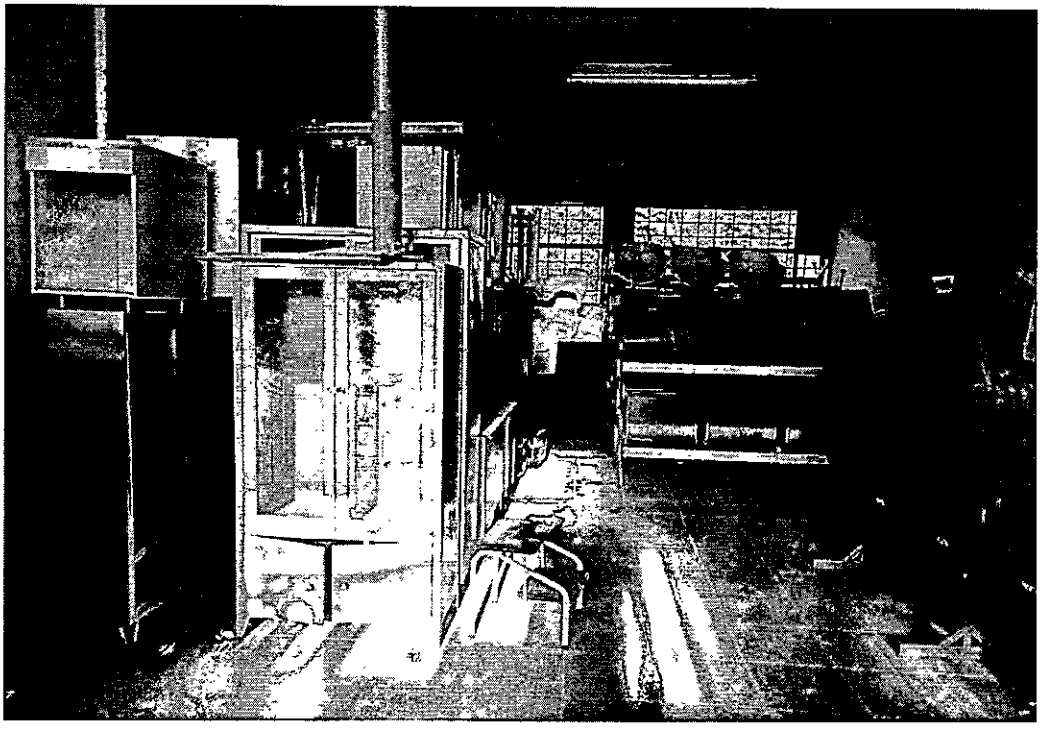
ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

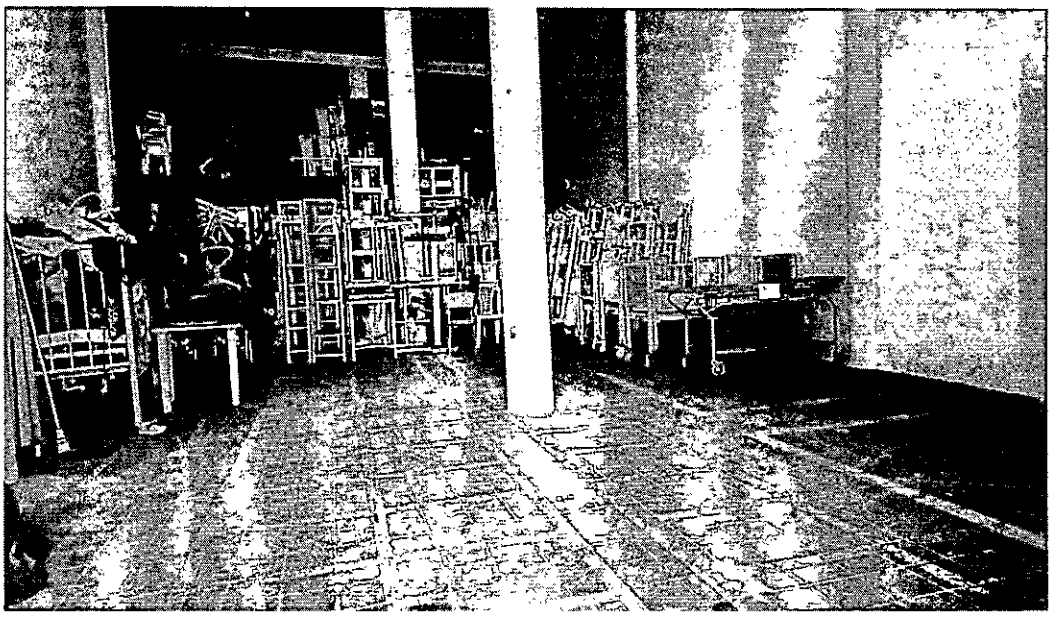
RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

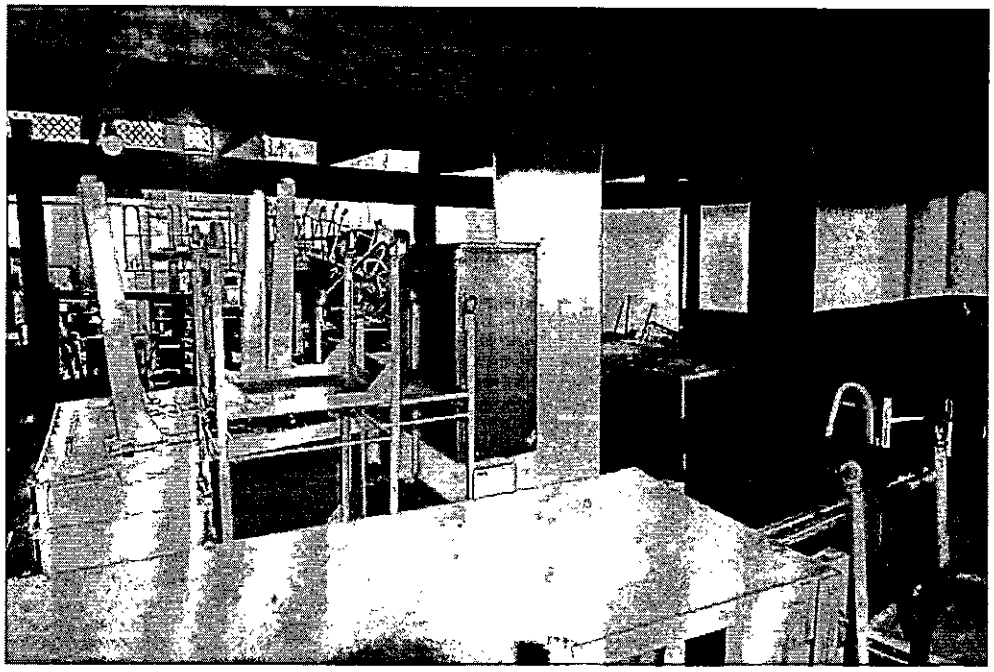
Numero de Autorización: 18764104110808 Rango desde: 1 Rango hasta: 50 Vigencia: 2027-12-31

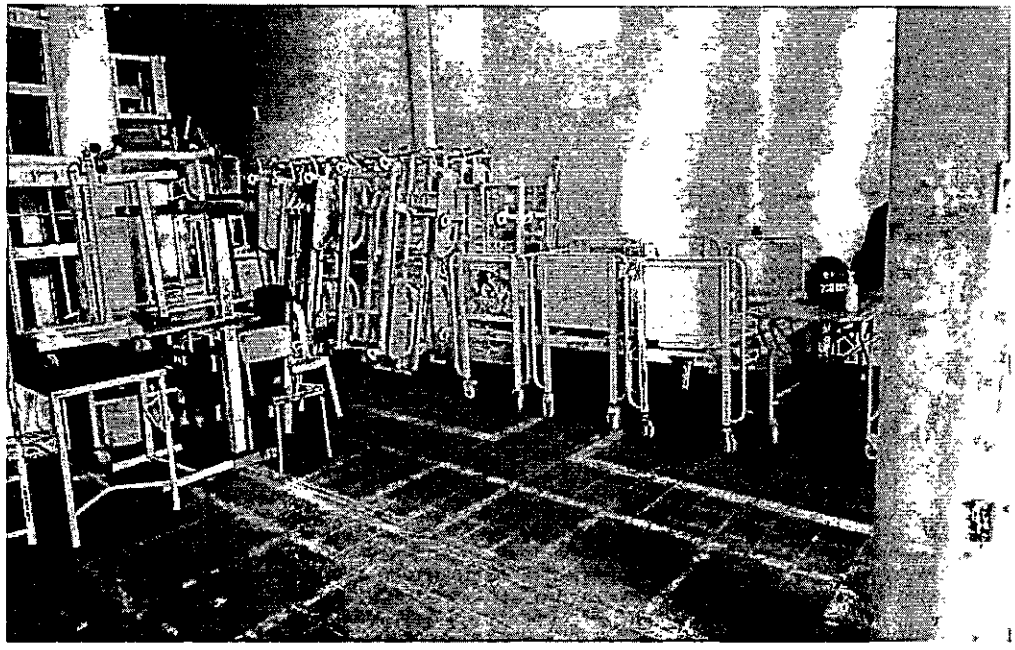
INFORME FOTOGRAFICO

ARRENDAMIENTO 2026-188

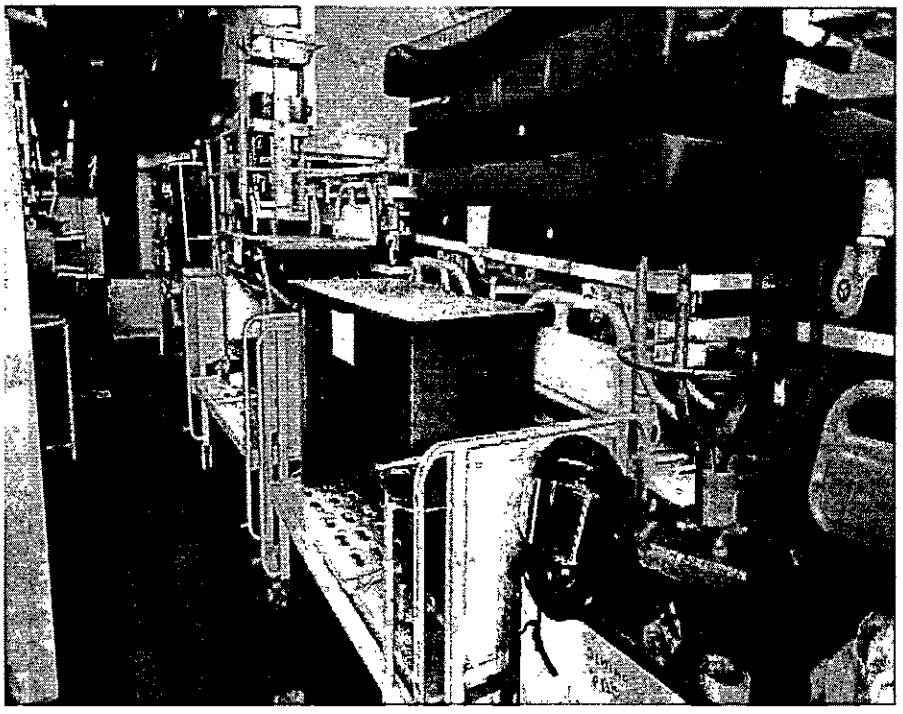


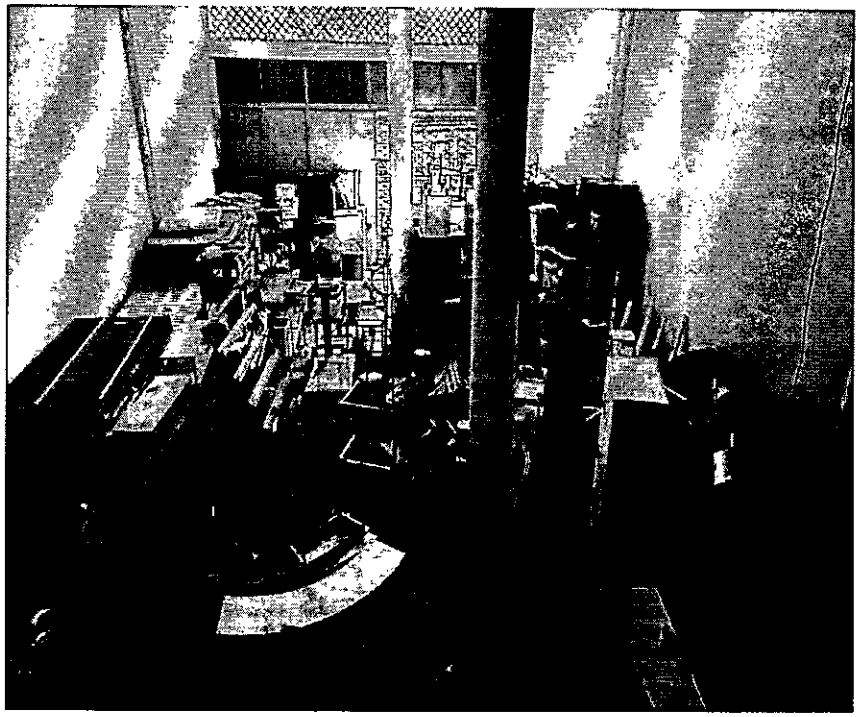














compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1019063981	MAGDA VALERIA MENDEZ CAICEDO	calle 19 # 24 -71 cs 14	3112135412	mavale13@hotmail.com	

FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	GIRARDOT	NO

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		95129320	25/09/2026	1	0

PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR
2026-08	2026-08	I	$0	$573.500

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	250.000	0		0		0	8	1.500	0	251.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	320.000	0	0	0	0	8	2.000	0	322.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	8	0	0	0
ICBF				
0	8	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	250.000	251.500
Pensión	1	320.000	322.000
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	570.000	573.500

Revisó: Magda Ortiz Mz
Prof. Apoyo SST

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1019063981	MAGDA VALERIA MENDEZ CAICEDO		calle 19 # 24 -71 cs 14	3112135412	mavale13@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	GIRARDOT		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		95129320	25/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$573.500	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC 1019063981	MENDEZ CAICEDO MAGDA VALERIA	3	0	0	0	N																	26-14	2.000.000	30	320.000	0	0	0	0	EPS002	2.000.000	30	250.000		0	0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

HOSPITAL DE GIRARDOT	ESE HOSPITAL DE GIRARDOT	Código:	
	PROCESO FINANCIERO	Versión:	
		Página: 1 de 1	

ORDEN DE PAGO No. COM-2026090089

Nit: 900290890-6

martes, 29 de septiembre de 2026

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE	MENDEZ CAICEDO MAGDA VALERIA	**CC o NIT**	1019063981	**DV**	0
DIRECCION	CL 19 24 71 CA 14	**TEL**	3112135412		
DESCRIPCION	CTA 1 CORRESPONDIENTE A FACTURA No. MCMV-8 ADM-089 CONTRATO DE ARRENDAMIENTO DE BODEGA PARA ALMACENAMIENTO DE BIENES MUEBLES DE LA E.S.E HOSPITAL DE GIRARDOT.CPS-2026-231				

2. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

CUENTA	NOMBRE DE LA CUENTA	DEBITOS	CREDITOS
51111801	arrendamiento operativo	5,000,000.00	00.00
24010101	BIENES Y SERVICIOS MENDEZ CAICEDO MAGDA CAICEDO	00.00	5,000,000.00
	SUMAS IGUALES	5,000,000.00	5,000,000.00
Documento	Valor a Girar	5,000,000.00	

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL VIGENCIA

CDP	REGISTRO	RUBRO	NOMBRE	DEPENDENCIA	VALOR
2026000436	2026000423	2.1.2.02.02.007.21.9021	SERVICIOS FINANCIEROS Y SERVICIOS CONEXOS; SERVICIOS INMOBILIARIOS; Y SERVICIOS DE ARRENDAMIENTO Y LEASING. FUENTE: 9021-CONVENIOS DEPARTAMENTALES	LIDER ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	5,000,000.00

TOTAL PRESUPUESTO	5,000,000.00

Elaboró

Pedro Antonio Olivero Rojas
Contador

Revisó:

Johana Garcia
Lider Financiera y Administrativa

Aprobó:

Carlos Arturo Hurtado Medina
Gerente (D)

Imprimió: PEDRO

	ESE HOSPITAL DE GIRARDOT	Código: EGR-2026000961
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE -GIRARDOT-		Versión: 1
	PROCESO FINANCIERO	Cód Archivo: 1330 - 06.01
		Página: 1 de 2

COMPROBANTE DE EGRESOS

Nit: 900290890-6

EGR-2026000961

martes, 29 de septiembre de 2026

COMPROBANTE AFECTADO	COM	2026090089

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE	MENDEZ CAICEDO MAGDA VALERIA		**CC o NIT**	1019063981	**DV** 0
DIRECCION	CL 19 24 71 CA 14		**TELEFONO**	3112135412	
BANCO		**CUENTA**	**TIPO CUENTA**		
CHEQUE No			**VALOR PAGO**	4,650,000.00	

DESCRIPCION	CTA 1 CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 21 DE AGOSTO A EL 20 DE SEPTIEMBRE FACTURA No. MCMV-8 ADM-089 CONTRATO DE ARRENDAMIENTO DE BODEGA PARA ALMACENAMIENTO DE BIENES MUEBLES DE LA E.S.E HOSPITAL DE GIRARDOT.CPS-2026-231
SON	CUATRO MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MC.

2. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

CUENTA	CUENTA PPTAL	NOMBRE	DEBITOS	CREDITOS	RETENCIONES TIPO	BASE	%
11100616		BBVA (CONVENIO-FORTALECIMIENTO-00130389000200012919)SS-CD-CVI-0891-2026	00.00	4,650,000.00			
24360601		arrendamientos	00.00	175,000.00	Fuente	5,000,000.00	3.500
24408001 1019063981 001		IMPTO DEPARTAMENTAL - PRO DEPORTE Y RECREACION 2.5% ORDENANZA 039/2020 MENDEZ CAICEDO MAGDA CAICEDO	00.00	125,000.00	TASA PRODEP	5,000,000.00	2.500
24362701		RETENCION ICA GIRARDOT	00.00	50,000.00	I.C.A.	5,000,000.00	1.000
24010101 1019063981 001	2.1.2.02.02.007	BIENES Y SERVICIOS MENDEZ CAICEDO MAGDA CAICEDO	5,000,000.00	00.00			

Imprimió: PEDRO

	ESE HOSPITAL DE GIRARDOT	Código: EGR-2026000961
		Versión: 1
	PROCESO FINANCIERO	Cód Archivo: 1330 - 06.01
		Página: 2 de 2

COMPROBANTE DE EGRESOS

Nit: 900290890-6

EGR-2026000961

martes, 29 de septiembre de 2026

SUMAS IGUALES	5,000,000.00	5,000,000.00

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL VIGENCIA

CDP	REGISTRO	RUBRO	NOMBRE	DEPENDENCIA	VALOR
2026000436	2026000423	2.1.2.02.02.007.21.9021	SERVICIOS FINANCIEROS Y SERVICIOS CONEXOS; SERVICIOS INMOBILIARIOS; Y SERVICIOS DE ARRENDAMIENTO Y LEASING. FUENTE: 9021-CONVENIOS DEPARTAMENTALES	LIDER ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	5,000,000.00

TOTAL PRESUPUESTO	5,000,000.00

Elaboro:	Reviso:	Aprobo:	Firma y Sello Beneficiario
Pedro Antonio Olivero Rojas Contador	Johana Garcia Líder Financiero y administrativa	Carlos Arturo Hurtado Medina Gerente (D)	c.

Imprimió: PEDRO

BBVA
Net Cash

Informe Detallado del Fichero

06/Oct/26 15:27:04

BENEFICIARIO	CUENTA BENEFICIARIA	IMPORTE (COP)	MOTIVO
MAGDA VALERIA MENDEZ CAICEDO	65963496162	4.650.000,00	AUTORIZADO

Tipo de identificación:	Cédula de ciudadanía	Nº identificación:	0000010190639810
Nombre:	MAGDA VALERIA MENDEZ CAICEDO	E-mail:	
Dirección 1:	BOGOTA	Dirección 2:	
Forma de Pago:	Abono/Cargo cuenta	Tipo de cuenta:	Cuenta Ahorro
Banco:	0007 - BANCOLOMBIA	Cuenta-Tarjeta:	65963496162
Código Oficina Pagadora:	0	Fecha Límite Vencimiento:	
Importe:	4.650.000,00	Motivo Devolución:	AUTORIZADO
Concepto 1:	CTA 1 CPS 231	Concepto 2:	