

INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO											CODIGO:		VERSIÓN	10
FORMATO											Página:		2 DE 2	
No. COMPROB DE ENTRADA	No. FACTURA MEDMFEN	No. FACTURA DG net	No. OBLIGACION	SUB TOTAL	IVA	AFECTACION PRESUPUESTAL	VALOR BRUTO FACTURADO	IVA	RET. IVA	RET. ICA	RET.FTE.	SANCION	VALOR A PAGAR	
MH000000002699	MHS2044	MHS2044	5017	3.933.540,00	-	3.933.540,00	3.933.540,00	-	-	16.285,00	98.339,00	-	3.818.916,00	
MH000000002698	MHS2045	MHS2045	5016	657.200,00	-	657.200,00	657.200,00	-	-	-	-	-	657.200,00	
LF000000001583	MHS2046	MHS2046	4953	74.195.520,00	-	74.195.520,00	74.195.520,00	-	-	307.169,00	1.854.888,00	2.967.821,00	69.065.642,00	
LF000000001584	MHS2047	MHS2047	4951	12.426.680,00	-	12.426.680,00	12.426.680,00	-	-	51.446,00	310.667,00	-	12.064.567,00	
LF000000001585	MHS2048	MHS2048	5085	48.933.125,00	-	48.933.125,00	48.933.125,00	-	-	202.583,00	1.223.328,00	-	47.507.214,00	
NF000000007823	MHS2049	MHS2049	5203	1.561.396,00	-	1.561.396,00	1,561,396,00	-	-	6.464,00	39.035,00	62,456,00	1,453,441,00	
NF000000007824	MHS2050	MHS2050	5233	70.003.644,00	304.694,00	70.308.338,00	70.003.644,00	304.694,00	45.704,00	289.815,00	1.750.091,00	-	68.222.728,00	
MH000000002700	MHS2051	MHS2051	5195	132.080,00	-	132.080,00	132.080,00	-	-	-	-	-	132.080,00	
KG000000006323	MHS2052	MHS2052	5375	9.828.700,00	-	9.828.700,00	9,828,700,00	-	-	40.691,00	245.718,00	393,148,00	9,149,143,00	
KG000000006322	MHS2053	MHS2053	5372	617.426,00	-	617.426,00	617.426,00	-	-	-	-	-	617.426,00	
KG000000006319	MHS2054	MHS2054	5365	17.097.390,00	-	17.097.390,00	17,097,390,00	-	-	70.783,00	427.435,00	-	16,599,172,00	
TOTAL A PAGAR MEDICAMENTOS				1.314.881.459,00	304.694,00	1.315.186.153,00	1.314.881.459,00	304.694,00	45.704,00	5.430.924,00	32.795.446,00	4.727.517,00	1.272.186.562,00	

NOTA 5: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los \$ 6.500.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

INFORMACIÓN GENERAL

Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSION		RIESGOS PROFESIONALES	
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: LIZ GISELLE TUIRAN ALVAREZ

FIRMA

NÚMERO DE CEDULA: 1129521807

CELULAR : 3186931206

CORREO: ltuiran@homil.gov.co

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: ALEXANDER RAMIREZ

FIRMA

NÚMERO DE CEDULA: 79384568

CELULAR : 3204196442

CORREO: alramirez@homil.gov.co

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: ANDRES FELIPE PINEDA PULGARIN

FIRMA

NÚMERO DE CEDULA:

CELULAR :

CORREO: afpineda@homil.gov.co

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: ESPERANZA SANCHEZ AMAYA

FIRMA

NÚMERO DE CEDULA: 51839281

CELULAR : 3166332763

CORREO: Esanchez@homil.gov.co

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: FELIX ANTONIO PALACIOS*

FIRMA

NÚMERO DE CEDULA: 79610155

CELULAR : 3166264357

CORREO: fpalacios@homil.gov.co

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: EDUIN RAMIREZ SANCHEZ

FIRMA

NÚMERO DE CEDULA: 6537699

CELULAR : 3059157888

CORREO: eduin.ramirez@medmfen.com

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		