

Nombre del Supervisor DIANA ALEJANDRA CIFUENTES SALAZAR C.C. 1014194414

Fecha de notificación: 29/07/2025

Plazo de ejecución

FECHA DE INICIO

7/03/2025

Vigencia del Contrato:

vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más

En tiempo

Prorrogas:

1-

2.

3-

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EFS, versión 2025/07/28 y riesgos profesionales 2025/07/28 Planilla N° 87540573- correspondiente al mes de junio en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (junio), así mismo certifico que el/la contratista presentó el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual es parte integral del presente dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCIÓN

NOTA 2: Recuerdo en el anexo relacionar de manera detallada el valor de los mantenimientos y el valor de los bienes que sean requeridos durante las actividades.

NOTA 2: Recuerde en el anexo relacional de manera detallada el valor de los mantenimientos y el valor de los bienes que sean requeridos durante las actividades parte integral del presente dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. **DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION**

NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detallada el cuadro realcionado a continuacion:

[illegible]

NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

[illegible]**OBSERVACIONES (Si aplica observaciones en el mes a presentar):**

NOTA 5: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los \$ 6.808.000 se deberá anexar el siguiente cuadro

INFORMACION GENERAL								
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSION		RIESGOS PROFESIONALES	
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO	
	CODIGO:	VERSIÓN 10
	Página:	2 DE 2

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: DIANA ALEJANDRA CIFUENTES SALAZAR

NÚMERO DE CEDULA:	1014194414
-------------------	------------

CELULAR: 3102893452

CORREO: dcifuentes@homil.gov.co

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME

DOCUMENTOS	SI	Nº FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes		
Acta de supervisión Y/o Factura		
Pago de Seguridad Social		