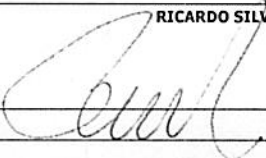


[illegible]

INFORMACIÓN GENERAL									
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		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: RICARDO SILVA RUEDA									
									
NUMERO DE CEDULA:		80408996							
CELULAR : 3153350782					CORREO: rsilva@homil.gov.co				
DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:									
DOCUMENTOS			SI		N° FOLIOS				
Informe de Actividades con sus soportes									
Acta de supervisión y/o Factura			x						
Pago de Seguridad Social									