

[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 \$ 6.500.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.														
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: LEONARDO ANDRES CHACON ZAMBRANO					FIRMA									
NÚMERO DE CEDULA:		91540063			CORREO: lchacon@homilgov.co									
CELULAR : 3013705432														
DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:														
DOCUMENTOS					SI	N° FOLIOS								
Informe de Actividades con sus soportes					X	2								
Acta de supervisión y/o Factura					X	7								
Pago de Seguridad Social					X	2								