

[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							
CELULAR :					CORREO: lchacon@homil.gov.co				
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			