

NOTA 5: .

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
							Página:	2 DE 2

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:
SINDY MARIA AMAYA MARQUEZ

FIRMA

Sindy Amaya

NÚMERO DE CEDULA: 52395857

CELULAR : 3125820171

CORREO: SAMAYAM@HOMIL.GOV.CO

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Formato de Ingreso	X	
Acta de supervisión y/o Factura	X	
Pago de Seguridad Social	X	
Certificacion revisor Fiscal	X	
Certificacion Ba		

X

X