

**Fecha****VALOR**

Nº de Proceso en el
SECOP II /Tienda virtual

Obito

Nombre de ContratistaClase de ContratoCuenta Bancaria No.

**Garantía Cumplimiento
(Si aplica) :**

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: UN MILLON TRESCIENTOS ONCE MIL SETECIENTOS PESOS MCTE

100

Nombre del Supervisor
IVÁN SELIM KATIME ORCASTA

Plazo de ejecución: 5 meses

11

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión 2026/07/27 y riesgos profesionales 2026/07/27 Planilla N° 38152942 – correspondiente al mes de JULIO en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (JULIO); 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 SATISFACCION

NOTA 2: Recuerde 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 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detallada el cuadro relacionado a continuación:

REPUEST

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

DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO	No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO	FECHA DE MANTENIMIENTO	FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES

OBSERVACIONES:

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: IVÁN SELIM KATIME ORCASITA

NÚMERO DE CEDULA:

85463220

CELULAR : 3013804120

CORREO: ikatime@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		
Pago de Seguridad Social		