

[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 anexas el siguiente cuadro.

INFORMACIÓN GENERAL							
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad Valor
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A N/A

FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO			CODIGO: Página:	VERSIÓN 2 DE 2	10
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:	MARIA ELENA VILLALOBOS SANCHEZ			FIRMA		
NÚMERO DE CEDULA:	52.317.251					
CELULAR :	320 923 68 15			CORREO:	mvillalobos@homil.gov.co	

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	XXX
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social	X	XXX