

[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 \$ 7.575.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.									
INFORMACIÓN GENERAL									
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES		
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor	
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:	VERSIÓN	10
		Página:	2 DE 2	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">MARIA ELENA VILLALOBOS</div>	FIRMA <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  </div>	
NÚMERO DE CEDULA:	CC: 52.317.251	
CELULAR :	3209236815	CORREO: <div style="text-align: right; margin-top: 5px;">mvillalobos@humil.gov.co</div>

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

DOCUMENTOS	SI	N° FOLIOS
Informe de Actividades con sus soportes	X	1
Acta de supervisión y/o Factura		
Pago de Seguridad Social	X	1