CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAMPESINA ‘COMCAJA’

VAUPÉS VICHADA GUAVIARE GUAINÍA

ACTIVIDAD No.7 ESTILOS DE VIDA SALUDABLE Y ACTIVIDAD RECREATIVA ÍTEM 7.1, 7.2, 7.3, 7.4 y 7.5

DEPARTAMENTAL GUAVIARE

SEPTIEMBRE 2025

Ciudad: San José del Guaviare	**Fecha y hora de inicio:** 25 de septiembre de 2025 08:00 am	**Fecha y hora finalización:** 25 de Septiembre de 2025 05:00 pm
Lugar: Villa Alejandra Campestre		
Actividad: Estilos de Vida Saludable y Actividad Recreativa		
Objetivo: Realizar una actividad con el propósito de orientar a las personas hacia un conjunto de comportamientos o actitudes cotidianas que se realizan para mantener su cuerpo y mente de una manera adecuada, donde se pretende realizar un desafío deportivo entre los funcionarios de la Gerencia Departamental.		
Valor de la actividad: Tres Millones Seiscientos ochenta y Cuatro Mil Doscientos Cuarenta Pesos M/Cte. ($3.684.240).		
Participantes: A la actividad asistieron 37 funcionarios de la Gerencia Departamental Colegiada del Guaviare.		
Supervisores: **Entidad Contratante FBS:** Harold Enrique Muñoz Quiroz **Entidad Contratista COMCAJA:** Martha Liliana Ruiz Mahecha		

Desarrollo de la actividad

En cumplimiento de las obligaciones contractuales establecidas en el Contrato de Prestación de Servicios No. 045 de 2025, suscrito entre COMCAJA y el Fondo de Bienestar Social de la Contraloría General de la República, cuyo objeto es: “Contratar la prestación de servicios para la logística, organización y realización de las actividades del Plan de Bienestar de la Gerencia Departamental Guaviare para la vigencia 2025”, me permito presentar el informe de ejecución de la actividad denominada “**Estilos de Vida Saludable y Actividad Recreativa”**, desarrollada en el municipio de San José del Guaviare.

Invitación y convocatoria:

El día martes 16 de septiembre de 2025 se envió mediante correo electrónico la invitación oficial a los funcionarios de la Contraloría General de la República (CGR), para su participación en la actividad programada. Los asistentes se desplazaron por sus propios medios hasta el lugar de encuentro, por lo que no se requirió servicio de transporte.

Fecha y lugar de ejecución:

La actividad se llevó a cabo el día 25 de septiembre de 2025, en las instalaciones de Villa Alejandra Campestre, ubicada en el casco urbano de San José del Guaviare.

Cronograma de actividades:

Hora	Actividad	Descripción
08:00 a. m.	Recepción	Bienvenida a los funcionarios por parte de un colaborador de COMCAJA.
09:00 a. m.	Refrigerio AM	Entrega de arepa rellena y jugo natural (según elección de los asistentes).
10:30 a. m.	Actividad recreativa y desafío deportivo	Desarrollo de dinámicas deportivas dirigidas por un instructor especializado, con participación activa de los funcionarios.
11:30 a. m.	Hidratación	Entrega de agua en bolsa (4 unidades por funcionario).
12:30 m.	Almuerzo	Servicio de alimentación con tres menús previamente seleccionados por los funcionarios.
02:00 p. m.	Actividades lúdicas	Competencia de bolirana, juegos de mesa y karaoke.
04:00 p. m.	Refrigerio PM	Entrega de sándwich de jamón y queso acompañado de jugo natural.

3. Recursos logísticos y humanos

Para el desarrollo de la jornada se dispuso de:

- Personal logístico de COMCAJA encargado de la atención, acompañamiento y soporte durante toda la actividad.
- Materiales y recursos necesarios para la correcta ejecución de las actividades recreativas, deportivas y lúdicas.
- Coordinación permanente para garantizar el cumplimiento de los horarios y necesidades de los funcionarios.

La actividad se ejecutó conforme a lo establecido en el cronograma y en el objeto contractual, garantizando la logística, organización y prestación de los servicios contratados.

REGISTRO FOTOGRÁFICO

INVITACIÓN



DESARROLLO ACTIVIDAD

- **Refrigerio Am.**





- **Actividad de Recreación**






- **Alimentación**








- **Karaoke**

Bolirana





- **Refrigerio Pm.**





Se espera que los funcionarios de la Contraloría General de la República – Gerencia Departamental Colegiada Guaviare se encuentren satisfechos con la jornada denominada “Estilos de Vida Saludable y Actividad Recreativa”.

Así mismo, extendemos la invitación a continuar confiando en COMCAJA – Caja de Compensación Familiar Campesina como aliado estratégico en la organización de actividades de bienestar, garantizando calidad y cumplimiento.

MARTHA LILIANA RUIZ MAHECHA
Jefe Unidad Departamental Guaviare
liliana.ruiz@comcaja.gov.co
guaviare@comcaja.gov.co

EDGAR FABIO GARCIA CASTAÑEDA
Director Administrativo COMCAJA
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAMPESINA COMCAJA
Nit. 800.231.969-4

Revisado:

Andrés Mauricio Molina Ávila
Líder Área de Servicios Sociales

Gloria Patricia Molina Romero
Subdirectora de Subsidio Familiar y Servicios Sociales

Factura Electrónica de Venta
Nro. Doc.: GUV2950
Fecha y Hora de Generación: 2025-10-06 08:53:48
Fecha validación: 2025-10-06 08:58:49-05:00
Fec. Vcto.: 2025-11-05

N° Resolución: 18764095997174 **Prefijo:** GUV **Consecutivo:** 2752 hasta 3000 **Fecha:** 2025-07-23 **hasta** 2026-07-23

Datos del Emisor	Datos del Adquirente
Razón social/Nombre: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAMPESINA **NIT:** 800231969-4 **Actividad Económica:** 8413 **Responsabilidad:** No aplica – Otros - **Dirección:** CL 7 A 27 B 73 - SAN JOSÉ DEL GUAVIARE - Guaviare - CO **Teléfonos:** 3112098060 **Contacto:** ADRIANA AVILA **E-mail:** ADRIANA.AVILA@COMCAJA.GOV.CO	**Razón social/Nombre:** FONDO DE BIENESTAR SOCIAL DE LA CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA **NIT:** 800252683-3 **Actividad Económica:** 8412 **Dirección:** CR 69 44-35 - BOGOTÁ, D.C. - Bogotá - CO **Teléfonos:** 6013532760 **E-mail:** siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

#	Código	Cant.	Medida	Descripción	Valor Unitario	%Impuesto	Impuesto	Descuento	Valor Total
1	131	1.0	94	Servicio - ESTILOS DE VIDA SALUDABLE Y ACTIVIDAD RECREATIVA	3,096,000.0	IVA 19.00	588,240.0		3,684,240.0
Total Items			1						

Impuestos		
Tipo de Impuestos	Monto Base	Total
IVA : 19.00%	3,096,000.0	588,240.0

Totales	
SUBTOTAL:	3,096,000.0
TOTAL Base Imponible:	3,096,000.0
IVA	588,240.0
TOTAL:	3,684,240.0
TOTAL en letras: Tres Millones Seiscientos Ochenta Y Cuatro Mil Doscientos Cuarenta Con Cero COP	
Redondeo Aplicado:	0.0

Información Adicional

#$26-02-00, Cto 045 de 2025;hmunoz@fbscgr.gov.co#$CONTRATO DE PRESTACIONDE SERVICIOS No. 045 DE 2025 SUSCRITO ENTRE COMCAJA Y EL FONDO DE BIENESTAR SOCIAL DE LA CONTRALORIAGENERAL DE LA REPUBLICA Contratar la prestación de servicios para la logística, organización y realización de las actividades del plan de bienestar de la Gerencia Departamental Guaviare para la vigencia 2025.siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

Medios de Pago

Forma de Pago	Medio de Pago	Fecha de Vencimiento	Número de Referencia	Código Referencia	Número de Días	Código Banco	Banco	Número de Transferencia	Código del Canal de Pago
Crédito	Consignación bancaria	2025-11-05	111						

CUFE: c8d8393c3d3f184f167925413e544490e8d9d974fe513305dd6c33ce1f04efb2fd4189ea5c0b7cd4db257d5e03f20318
Representación impresa de Factura Electrónica de Venta
Proveedor Tecnológico: The Factory HKA Colombia SAS - NIT: 900390126-6
TFHKA_CO900390126 - Máster: +57 - 317 668 7663 - https://www.thefactoryhka.com/co/ - Versión de template: co-default-21-788

EL SUSCRITO GERENTE DEPARTAMENTAL DE LA GERENCIA COLEGIADA GUAVIARE DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

CERTIFICA

Que recibió a satisfacción por parte **de CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAMPESINA-COMCAJA, Nit 800231969-4**, la ejecución de la actividad denominada **Estilos de Vida Saludable – Actividad Recreativa** dirigida para Veintidós (37) funcionarios de la Gerencia Departamental Guaviare , como parte del contrato de prestación de servicios N. º 045 de 2025, cuyo objeto es Contratar la prestación de servicios para la logística, organización y realización de las actividades del plan de bienestar de la Gerencia Departamental Guaviare para la vigencia 2025.

La actividad se llevó a cabo el 25 de septiembre de 2025 en el lugar denominado Villa Alejandra Campestre con una duración de ocho (8) horas en los términos acordados, con gran acogida por funcionarios de la Gerencia, se realizó una jornada de recreación donde se contó con la participación de los funcionarios, se realizaron actividades lúdicas y recreativas, se brindó a los asistentes un refrigerio Am y Pm, almuerzo e hidratación, se contó con la logística humana para la actividad y el material necesario para el desarrollo de la misma.

Lo anterior tomando como base el desarrollo mismo de la actividad contratada, así como la información suministrada en la muestra de las encuestas tomadas a los asistentes a la misma.

En los anteriores términos se firma la presente certificación en la ciudad de San José del Guaviare el veinticinco (25) de septiembre de 2025 como soporte del proceso de pago de dicho contrato.

TRIAN DE JESÚS ZUÑIGA
Gerente Departamental

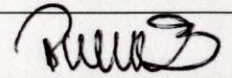
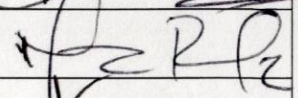
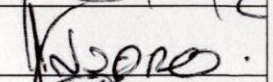
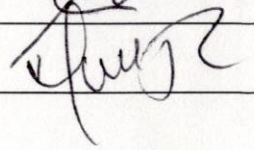
FONDO DE BIENESTAR SOCIAL CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA	SICME	Código: F-A-430-13
	MACROPROCESO: APOYO	Versión: Vr.3
	PROCESO: TALENTO HUMANO	Fecha de Aprobación: Junio 29 del 2017
	Nombre del Formato: Listado de Asistencia	Página 1 de 1

[ ] CAPACITACION [x] EVENTO

FECHA: 25 de septiembre de 2025	LUGAR: Villa Alejandra Campestre
EVENTO O TEMA: Estilos de Vida Saludable y Actividad Recreativa	ENTIDAD A CARGO: COMCAJA

N°	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	CARGO / DEPENDENCIA	TELEFONO CONTACTO O EXT.	E-MAIL	FIRMA
1	Trian De Jesús Zuñiga	Gerente Departamental	3183545645		
2	Javier Orlando Rodirguez	Contralor Provincial G. 01	3212318435	Javier.rodriguez	
3	Rodriguez Calvo Constantino	Contralor Provincial G. 01	3142211390	constantino.rod@contraloria.gov.co	
4	Toro Toro Jesús Armando	Contralor Provincial G. 01	3103594416	jesus.toro@contraloria.gov.co	
5	Zuluaga Robayo Richard Andres	Contralor Provincial G. 01	3160605990	richard.zuluaga@contraloria.gov.co	
6	Betancour Cañon Ingrid Paola	Auxiliar Administrativo G. 03 (P)	3182673818	ingrid.betancour@contraloria.gov.co	
7	Bonilla Mancera Yulver	Secretario G. 04 (P)	3154621380	yulver.bonilla@contraloria.gov.co	
8	Bueno Holguin Carlos Luis	Tecnologo G.01(P)	3146922583	carlosl.bueno@contraloria.gov.co	
9	Cubides Moreno Kelin Sorany	Secretario G. 04 (P)	3219248063	kelin.cubides@contraloria.gov.co	
10	Ovalle Yepes Carlos Andres	Profesional Universitario G. 03 (E)	3212351411	carlos.ovalle@contraloria.gov.co	
11	Pastrana Parga Narda Patricia	Auxiliar Administrativo G. 03 (P)	3153389442	narda.pastrana@contraloria.gov.co	
12	Rondon Agudelo Marinela	Auxiliar Administrativo G. 03 (P)	3114841253	marinela.rondon@contraloria.gov.co	
13	Yeison Yovan Sosa Parra	Auxiliar Operativo G.02 (P)	3158057151	yeison.sosa@contraloria.gov.co	
14	A Chantre Sandra Patricia	Coordinador de Gestion G. 02 (E)	3103299646	sandra.agualimpia@contraloria.gov.co	

15	Amado Restrepo Juliana	Profesional Universitario G. 01 (P)	3168340914	juliana.amado@contraloria.gov.co	
16	Barbosa Mendez Alejandra Maria	Profesional Universitario G. 02 (P)	3158954334	alejandra.barbosa@contraloria.gov.co	
17	Barbosa Turriago Guillermo	Profesional Universitario G. 02 (E)	3123358035	guillermo.barbosa@contraloria.gov.co	
18	Calderón Gómez Angela María	Profesional Universitario G. 01 (E)	3182598196	angela.calderon@contraloria.gov.co	
19	Calderón Gómez Liliana	Profesional Universitario G. 01 (E)	3134963653	liliana.calderon@contraloria.gov.co	
20	Carranza Vasquez Olga Lucia	Profesional Universitario G. 02 (P)	3152165488	olga.carranza@contraloria.gov.co	
21	Cordoba Tello Yenny Patricia	Profesional Universitario G. 02 (P)	3107074872	yenny.cordoba@contraloria.gov.co	
22	Lopez Velasco Sandra Milena	Profesional Universitario G. 02 (P)	3174388638	sandra.lopezv@contraloria.gov.co	
23	Martinez Calderon Harlensson	Profesional Universitario G. 01 (P)	3232451265	harlesson.martinez@contraloria.gov.co	
24	Restrepo Benjumea Pedro Fernando	Profesional Universitario G. 01 (P)	3134722620	pedro.restrepo@contraloria.gov.co	
25	Rojas Saldarriaga Francy Nelly	Profesional Universitario G. 01 (P)	3134515901	francy.rojas@contraloria.gov.co	
26	Sanchez Rico Sonia Mabel	Profesional Universitario G. 01 (P)	3134505693	sonia.sanchezr@contraloria.gov.co	
27	Corredor Wilches Henry	Coordinador de Gestion G. 02 (E)	3162827976	henry.corredor@contraloria.gov.co	
28	Cuesta Hernandez Mirthian Adriana	Profesional Universitario G. 01 (P)	3105532523	myrthian.cuesta@contraloria.gov.co	
29	Del Rio Rojas Lelis Yineth	Profesional Universitario G. 01 (P)	3124485078	lelis.delrio@contraloria.gov.co	
30	Trujillo Rodriguez Johanna Marcela	Coordinador de Gestion G. 02 (E)	3183482555	johanna.trujillo@contraloria.gov.co	
31	Sanchez Martinez Duban Andres	Profesional Universitario G. 02 (P)	3182701239	duban.sanchez@contraloria.gov.co	

32	Barrera Gomez Ruby Patricia	Profesional Universitario G. 02 (P)	3213700665	ruby.barrera@contraloria.gov.co	
33	Contento Suescun Carlos	Profesional Universitario G. 01 (P)	3142974308	carlos.contento@contraloria.gov.co	
34	Rodriguez Arevalo Mariela	Profesional Universitario G. 02 (P)	3165339516	mariela.rodriguez@contraloria.gov.co	
35	Román Hernández Ana Idaly	Coordinador de Gestion G. 01 (E)	3208568090	ana.roman@contraloria.gov.co	
36	Vargas Gutierrez Heiller Enrique	Profesional Universitario G. 01 (E)	3143061680	heiler.vargas@contraloria.gov.co	
37	Morato Greiff Robinson	Coordinador de Gestion G. 02	3106895523	robinson.morato@contraloria.gov.co	

Fondo de Bienestar Social CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA	Proceso Atención a Gerencias Departametales Formato Encuesta de Satisfacción de Actividades de Bienestar	**Código:**	F-M-2120-03
		Versión:	1

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE ACTIVIDADES DE BIENESTAR GERENCIAS DEPARTAMENTALES

Evento Estilos de vida saludable y Actividad Recreativa **Fecha del evento** 25 de septiembre de 2025

El Fondo de Bienestar Social de la Contraloría General de la República comprometido con el mejoramiento contínuo de sus servicios, solicita el diligenciamiento de esta encuesta de la manera más sincera posible.

DATOS PERSONALES (OPCIONAL)			
Nombre	Pastrana Parga Narda Patricia	Teléfono	3153389442
Cargo	Auxiliar Administrativo G. 03 (P)	E-mail	narda.pastrana@contraloria.gov.co

Por favor califique cada aspecto para expresar su satisfacción, teniendo en cuenta la siguiente escala, donde 1 es Totalmente Insatisfecho y 5 es Totalmente Satisfecho.

	ATENCION PRESTADA POR PARTE DEL PRESTADOR DEL SERVICIO (Recreadores, Brigadistas, Guias, Meseros, entre otros)	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
1	Servicio amable				X		
2	Habilidad en la prestación del servicio				X		
3	Capacidad para dar soluciones y alternativas				X		
4	Presentación personal				X		
	INSTALACIONES	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
5	Estado				X		
6	Seguridad				X		
7	Aseo del lugar				X		
8	Espacio cómodo y adecuado				X		
	ALIMENTOS Y BEBIDAS	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
9	Presentación				X		
10	Calidad de los productos				X		
11	Porciones adecuadas				X		
12	Oportunidad en la entrega				X		
	TRANSPORTE	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
13	Aseo y orden del bus						X
14	Prudencia del conductor para conducir						X
15	Puntualidad						X
16	Amabilidad del conductor						X
	LOGISTICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
17	Cumplimiento con el horario establecido				X		
18	Distribución de los espacios				X		
19	Organización de evento				X		
	COMUNICACIÓN OPORTUNA POR PARTE DEL CONTRATISTA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
20	Comunicación oportuna				X		
21	Comunicación clara				X		
23	Medio por el cual se enteró: Página web		Email		Compañero		Click
	ATENCIÓN POR PARTE DEL CONTRATISTA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
22	Habilidad para resolver inquietudes				X		
25	Atención amable y cortes				X		
27	Información clara y suficiente				X		

OBSERVACIONES: Si su calificación es menor o igual a 3, por favor escribir el motivo.

No. Pregunta:		
No. Pregunta:		
No. Pregunta:		

Fondo de Bienestar Social CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA	Proceso Atención a Gerencias Departametales Formato Encuesta de Satisfacción de Actividades de Bienestar	**Código:**	F-M-2120-03
		Versión:	1

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE ACTIVIDADES DE BIENESTAR GERENCIAS DEPARTAMENTALES

Evento Estilos de vida saludable y Actividad Recreativa **Fecha del evento** 25 de septiembre de 2025

El Fondo de Bienestar Social de la Contraloría General de la República comprometido con el mejoramiento contínuo de sus servicios, solicita el diligenciamiento de esta encuesta de la manera más sincera posible.

DATOS PERSONALES (OPCIONAL)			
Nombre	Rondón Agudelo Marinela	Teléfono	3114841253
Cargo	Auxiliar Administrativo G. 03 (P)	E-mail	marinela.rondon@contraloria.gov.co

Por favor califique cada aspecto para expresar su satisfacción, teniendo en cuenta la siguiente escala, donde 1 es Totalmente Insatisfecho y 5 es Totalmente Satisfecho.

	ATENCION PRESTADA POR PARTE DEL PRESTADOR DEL SERVICIO (Recreadores, Brigadistas, Guias, Meseros, entre otros)	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
1	Servicio amable					X	
2	Habilidad en la prestación del servicio					X	
3	Capacidad para dar soluciones y alternativas					X	
4	Presentación personal					X	
	INSTALACIONES	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
5	Estado					X	
6	Seguridad					X	
7	Aseo del lugar					X	
8	Espacio cómodo y adecuado					X	
	ALIMENTOS Y BEBIDAS	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
9	Presentación					X	
10	Calidad de los productos					X	
11	Porciones adecuadas					X	
12	Oportunidad en la entrega					X	
	TRANSPORTE	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
13	Aseo y orden del bus						X
14	Prudencia del conductor para conducir						X
15	Puntualidad						X
16	Amabilidad del conductor						X
	LOGISTICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
17	Cumplimiento con el horario establecido					X	X
18	Distribución de los espacios					X	
19	Organización de evento					X	
	COMUNICACIÓN OPORTUNA POR PARTE DEL CONTRATISTA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
20	Comunicación oportuna					X	
21	Comunicación clara					X	
23	Medio por el cual se enteró: Página web		Email	X	Compañero	X	Click
	ATENCIÓN POR PARTE DEL CONTRATISTA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
22	Habilidad para resolver inquietudes					X	
25	Atención amable y cortes					X	
27	Información clara y suficiente					X	

OBSERVACIONES: Si su calificación es menor o igual a 3, por favor escribir el motivo.		
No. Pregunta:		
No. Pregunta:		
No. Pregunta:		

Elaboró:	**Revisó:**	**Aprobó:** Comité SICME
Dirección de Desarrollo - Grupo Recreación, Cultura y Deportes	Grupo Planeación	**Fecha:** 20 de septiembre de 2021

Fondo de Bienestar Social CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA	Proceso Atención a Gerencias Departametales Formato Encuesta de Satisfacción de Actividades de Bienestar	**Código:**	F-M-2120-03
		Versión:	1

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE ACTIVIDADES DE BIENESTAR GERENCIAS DEPARTAMENTALES

Evento Estilos de vida saludable y Actividad Recreativa **Fecha del evento** 25 de septiembre de 2025

El Fondo de Bienestar Social de la Contraloría General de la República comprometido con el mejoramiento contínuo de sus servicios, solicita el diligenciamiento de esta encuesta de la manera más sincera posible.

DATOS PERSONALES (OPCIONAL)			
Nombre	Cubides Moreno Kelin Sorany	Teléfono	3219248063
Cargo	Secretario G. 04 (P)	E-mail	kelin.cubides@contraloria.gov.co

Por favor califique cada aspecto para expresar su satisfacción, teniendo en cuenta la siguiente escala, donde 1 es Totalmente Insatisfecho y 5 es Totalmente Satisfecho.

	ATENCION PRESTADA POR PARTE DEL PRESTADOR DEL SERVICIO (Recreadores, Brigadistas, Guias, Meseros, entre otros)	1	2	3	4	5	N.A.
1	Servicio amable					X	
2	Habilidad en la prestación del servicio					X	
3	Capacidad para dar soluciones y alternativas					X	
4	Presentación personal					X	
	INSTALACIONES	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
5	Estado					X	
6	Seguridad					X	
7	Aseo del lugar					X	
8	Espacio cómodo y adecuado					X	
	ALIMENTOS Y BEBIDAS	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
9	Presentación					X	
10	Calidad de los productos					X	
11	Porciones adecuadas					X	
12	Oportunidad en la entrega					X	
	TRANSPORTE	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
13	Aseo y orden del bus						X
14	Prudencia del conductor para conducir						X
15	Puntualidad						X
16	Amabilidad del conductor						X
	LOGISTICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
17	Cumplimiento con el horario establecido				X		
18	Distribución de los espacios				X		
19	Organización de evento				X		
	COMUNICACIÓN OPORTUNA POR PARTE DEL CONTRATISTA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
20	Comunicación oportuna					X	
21	Comunicación clara					X	
23	Medio por el cual se enteró: Página web [ ] Email [X] Compañero [ ] Click						
	ATENCIÓN POR PARTE DEL CONTRATISTA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
22	Habilidad para resolver inquietudes				X		
25	Atención amable y cortes				X		
27	Información clara y suficiente				X		

OBSERVACIONES: Si su calificación es menor o igual a 3, por favor escribir el motivo.

No. Pregunta:		
No. Pregunta:		
No. Pregunta:		

Fondo de Bienestar Social CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA	Proceso Atención a Gerencias Departametales Formato Encuesta de Satisfacción de Actividades de Bienestar	**Código:**	F-M-2120-03
		Versión:	1

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE ACTIVIDADES DE BIENESTAR GERENCIAS DEPARTAMENTALES

Evento Estilos de vida saludable y Actividad Recreativa **Fecha del evento** 25 de septiembre de 2025

El Fondo de Bienestar Social de la Contraloría General de la República comprometido con el mejoramiento contínuo de sus servicios, solicita el diligenciamiento de esta encuesta de la manera más sincera posible.

DATOS PERSONALES (OPCIONAL)			
Nombre	López Velasco Sandra Milena	Teléfono	3174388638
Cargo	Profesional Universitario G. 02 (P)	E-mail	sandra.lopezv@contraloria.gov.co

Por favor califique cada aspecto para expresar su satisfacción, teniendo en cuenta la siguiente escala, donde 1 es Totalmente Insatisfecho y 5 es Totalmente Satisfecho.

	ATENCION PRESTADA POR PARTE DEL PRESTADOR DEL SERVICIO (Recreadores, Brigadistas, Guias, Meseros, entre otros)	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
1	Servicio amable					X	
2	Habilidad en la prestación del servicio					X	
3	Capacidad para dar soluciones y alternativas					X	
4	Presentación personal					X	
	INSTALACIONES	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
5	Estado				X		
6	Seguridad				X		
7	Aseo del lugar				X		
8	Espacio cómodo y adecuado				X		
	ALIMENTOS Y BEBIDAS	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
9	Presentación					X	
10	Calidad de los productos					X	
11	Porciones adecuadas					X	
12	Oportunidad en la entrega					X	
	TRANSPORTE	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
13	Aseo y orden del bus						
14	Prudencia del conductor para conducir						X
15	Puntualidad						
16	Amabilidad del conductor						
	LOGISTICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
17	Cumplimiento con el horario establecido					X	
18	Distribución de los espacios					X	
19	Organización de evento					X	
	COMUNICACIÓN OPORTUNA POR PARTE DEL CONTRATISTA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
20	Comunicación oportuna					X	
21	Comunicación clara					X	
23	Medio por el cual se enteró: Página web		Email		Compañero		Click
	ATENCIÓN POR PARTE DEL CONTRATISTA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
22	Habilidad para resolver inquietudes					X	
25	Atención amable y cortes					X	
27	Información clara y suficiente					X	

OBSERVACIONES: Si su calificación es menor o igual a 3, por favor escribir el motivo.		
No. Pregunta:		
No. Pregunta:		
No. Pregunta:		

Elaboró:	**Revisó:**	**Aprobó:** Comité SICME
Dirección de Desarrollo - Grupo Recreación, Cultura y Deportes	Grupo Planeación	**Fecha:** 20 de septiembre de 2021

Fondo de Bienestar Social CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA	Proceso Atención a Gerencias Departametales Formato Encuesta de Satisfacción de Actividades de Bienestar	**Código:**	F-M-2120-03
		Versión:	1

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE ACTIVIDADES DE BIENESTAR GERENCIAS DEPARTAMENTALES

Evento Estilos de vida saludable y Actividad Recreativa **Fecha del evento** 25 de septiembre de 2025

El Fondo de Bienestar Social de la Contraloría General de la República comprometido con el mejoramiento contínuo de sus servicios, solicita el diligenciamiento de esta encuesta de la manera más sincera posible.

DATOS PERSONALES (OPCIONAL)			
Nombre	Yeison Yovan Sosa Parra	Teléfono	3158057151
Cargo	Auxiliar Operativo G.02 (P)	E-mail	

Por favor califique cada aspecto para expresar su satisfacción, teniendo en cuenta la siguiente escala, donde 1 es Totalmente Insatisfecho y 5 es Totalmente Satisfecho.

	ATENCION PRESTADA POR PARTE DEL PRESTADOR DEL SERVICIO (Recreadores, Brigadistas, Guias, Meseros, entre otros)	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
1	Servicio amable					X	
2	Habilidad en la prestación del servicio					X	
3	Capacidad para dar soluciones y alternativas					X	
4	Presentación personal					X	
	INSTALACIONES	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
5	Estado					X	
6	Seguridad					X	
7	Aseo del lugar					X	
8	Espacio cómodo y adecuado					X	
	ALIMENTOS Y BEBIDAS	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
9	Presentación					X	
10	Calidad de los productos					X	
11	Porciones adecuadas					X	
12	Oportunidad en la entrega					X	
	TRANSPORTE	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
13	Aseo y orden del bus						X
14	Prudencia del conductor para conducir						X
15	Puntualidad						X
16	Amabilidad del conductor						X
	LOGISTICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
17	Cumplimiento con el horario establecido					X	
18	Distribución de los espacios					X	
19	Organización de evento					X	
	COMUNICACIÓN OPORTUNA POR PARTE DEL CONTRATISTA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
20	Comunicación oportuna					X	
21	Comunicación clara					X	
23	Medio por el cual se enteró: Página web ( ) Email (X) Compañero (X) Click ( )						
	ATENCIÓN POR PARTE DEL CONTRATISTA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
22	Habilidad para resolver inquietudes					X	
25	Atención amable y cortes					X	
27	Información clara y suficiente					X	

OBSERVACIONES: Si su calificación es menor o igual a 3, por favor escribir el motivo.

No. Pregunta:		
No. Pregunta:		
No. Pregunta:		

Elaboró:	**Revisó:**	**Aprobó:** Comité SICME
Dirección de Desarrollo - Grupo Recreación, Cultura y Deportes	Grupo Planeación	**Fecha:** 20 de septiembre de 2021

Fondo de Bienestar Social CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA	Proceso Atención a Gerencias Departametales Formato Encuesta de Satisfacción de Actividades de Bienestar	**Código:**	F-M-2120-03
		Versión:	1

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE ACTIVIDADES DE BIENESTAR GERENCIAS DEPARTAMENTALES

Evento Estilos de vida saludable y Actividad Recreativa **Fecha del evento** 25 de septiembre de 2025

El Fondo de Bienestar Social de la Contraloría General de la República comprometido con el mejoramiento contínuo de sus servicios, solicita el diligenciamiento de esta encuesta de la manera más sincera posible.

DATOS PERSONALES (OPCIONAL)			
Nombre	Restrepo Benjumea Pedro Fernando	Teléfono	3134722620
Cargo	Profesional Universitario G. 01 (P)	E-mail	pedro.restrepo@contraloria.gov.co

Por favor califique cada aspecto para expresar su satisfacción, teniendo en cuenta la siguiente escala, donde 1 es Totalmente Insatisfecho y 5 es Totalmente Satisfecho.

	ATENCION PRESTADA POR PARTE DEL PRESTADOR DEL SERVICIO (Recreadores, Brigadistas, Guias, Meseros, entre otros)	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
1	Servicio amable					X	
2	Habilidad en la prestación del servicio					X	
3	Capacidad para dar soluciones y alternativas					X	
4	Presentación personal					X	
	INSTALACIONES	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
5	Estado					X	
6	Seguridad					X	
7	Aseo del lugar					X	
8	Espacio cómodo y adecuado					X	
	ALIMENTOS Y BEBIDAS	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
9	Presentación					X	
10	Calidad de los productos					X	
11	Porciones adecuadas					X	
12	Oportunidad en la entrega					X	
	TRANSPORTE	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
13	Aseo y orden del bus						X
14	Prudencia del conductor para conducir						X
15	Puntualidad						X
16	Amabilidad del conductor						X
	LOGISTICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
17	Cumplimiento con el horario establecido					X	
18	Distribución de los espacios					X	
19	Organización de evento					X	
	COMUNICACIÓN OPORTUNA POR PARTE DEL CONTRATISTA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
20	Comunicación oportuna					X	
21	Comunicación clara					X	
23	Medio por el cual se enteró: Página web		Email		Compañero		Click
	ATENCIÓN POR PARTE DEL CONTRATISTA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
22	Habilidad para resolver inquietudes					X	
25	Atención amable y cortes					X	
27	Información clara y suficiente					X	

OBSERVACIONES: Si su calificación es menor o igual a 3, por favor escribir el motivo.		
No. Pregunta:		
No. Pregunta:		
No. Pregunta:		

Elaboró:	**Revisó:**	**Aprobó:** Comité SICME
Dirección de Desarrollo - Grupo Recreación, Cultura y Deportes	Grupo Planeación	**Fecha:** 20 de septiembre de 2021

Fondo de Bienestar Social CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA	Proceso Atención a Gerencias Departametales Formato Encuesta de Satisfacción de Actividades de Bienestar	**Código:**	F-M-2120-03
		Versión:	1

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE ACTIVIDADES DE BIENESTAR GERENCIAS DEPARTAMENTALES

Evento Estilos de vida saludable y Actividad Recreativa **Fecha del evento** 25 de septiembre de 2025

El Fondo de Bienestar Social de la Contraloría General de la República comprometido con el mejoramiento contínuo de sus servicios, solicita el diligenciamiento de esta encuesta de la manera más sincera posible.

DATOS PERSONALES (OPCIONAL)			
Nombre	Rodríguez Arévalo Mariela	Teléfono	3165339516
Cargo	Profesional Universitario G. 02 (P)	E-mail	mariela.rodriguez@contraloria.gov.co

Por favor califique cada aspecto para expresar su satisfacción, teniendo en cuenta la siguiente escala, donde 1 es Totalmente Insatisfecho y 5 es Totalmente Satisfecho.

	ATENCION PRESTADA POR PARTE DEL PRESTADOR DEL SERVICIO (Recreadores, Brigadistas, Guias, Meseros, entre otros)	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
1	Servicio amable					✓	
2	Habilidad en la prestación del servicio					✓	
3	Capacidad para dar soluciones y alternativas					✓	
4	Presentación personal					✓	
	INSTALACIONES	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
5	Estado				✓		
6	Seguridad				✓		
7	Aseo del lugar				✓		
8	Espacio cómodo y adecuado			✓			
	ALIMENTOS Y BEBIDAS	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
9	Presentación			✓			
10	Calidad de los productos				✓		
11	Porciones adecuadas					✓	
12	Oportunidad en la entrega					✓	
	TRANSPORTE	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
13	Aseo y orden del bus						✓
14	Prudencia del conductor para conducir						✓
15	Puntualidad						✓
16	Amabilidad del conductor						✓
	LOGISTICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
17	Cumplimiento con el horario establecido					✓	
18	Distribución de los espacios					✓	
19	Organización de evento					✓	
	COMUNICACIÓN OPORTUNA POR PARTE DEL CONTRATISTA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
20	Comunicación oportuna					✓	
21	Comunicación clara					✓	
23	Medio por el cual se enteró: Página web		Email		Compañero		Click
	ATENCIÓN POR PARTE DEL CONTRATISTA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
22	Habilidad para resolver inquietudes				✓		
25	Atención amable y cortes				✓		
27	Información clara y suficiente				✓		

OBSERVACIONES: Si su calificación es menor o igual a 3, por favor escribir el motivo.		
No. Pregunta:		
No. Pregunta:		
No. Pregunta:		

Elaboró:	**Revisó:**	**Aprobó:** Comité SICME
Dirección de Desarrollo - Grupo Recreación, Cultura y Deportes	Grupo Planeación	**Fecha:** 20 de septiembre de 2021

SAC CONSULTING
Auditorías • Asesorías • Interventorías

CERT. - 055-2025

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL

DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAMPESINA – COMCAJA

En calidad de Revisor Fiscal para la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAMPESINA — COMCAJA**, identificada con NIT. 800.231.969-4, he efectuado los procedimientos de revisión que se detallan a continuación con el propósito de verificar el pago realizado por la entidad por concepto de aporte a los Sistemas de Salud, Pensiones, Riesgos profesionales y a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), por los períodos correspondiente a Marzo, Abril, Mayo, Junio, Julio y Agosto de 2025.

El pago de dichos aportes es responsabilidad de la administración de la Entidad como parte de su gestión, mi responsabilidad de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 del 27 de diciembre de 2002, es emitir un informe sobre el cumplimiento de tales obligaciones.

Los procedimientos de revisión realizados fueron los siguientes:

a) Indagación con el personal del área responsable, en relación con los procedimientos utilizados para la identificación y pago de los aportes a los Sistemas de Salud, Pensiones Riesgos profesionales y a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).
b) Obtención del comprobante de pago electrónico de aportes a los Sistemas de Salud, Pensiones y Riesgos profesionales y a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), realizado por la Entidad por los períodos correspondientes a Marzo, Abril, Mayo, Junio, Julio y Agosto de 2025.
c) Comparación del reporte de pago electrónico según se menciona en el literal anterior, con los registros contables de la Entidad para dicho período.

Con base en el resultado de los procedimientos enumerados anteriormente, por los períodos correspondientes a Marzo, Abril, Mayo, Junio, Julio y Agosto de 2025, informo que, a la fecha del presente documento, la Entidad se encuentra al día en el pago de los aportes a los Sistemas de salud, Pensiones y Riesgos profesionales y a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

La presente certificación se expide en Bogotá D.C., a los un (01) días del mes de octubre de dos mil veinticinco (2025).

NEVER ENRIQUE MEJÍA MATUTE
REVISOR FISCAL
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAMPESINA – COMCAJA
Miembro de SAC CONSULTING S.A.S.

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAMPESINA
IDENTIFICACIÓN:	NI-800231969
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	principal
FECHA GENERACION REPORTE:	2025-04-14
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-04-15
FECHA DE PAGO:	2025-04-09
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2025-03
PERÍODO SALUD:	2025-04
NÚMERO PLANILLA:	33105319
TOTAL COTIZANTES:	82
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	33105319
TIPO DE PLANILLA:	E

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS001	830113831	ALIANSALUD EPS	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 547.000	$ 547.000
EPS002	800130907	SALUD TOTAL	6	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.831.100	$ 2.831.100
EPS005	800251440	SANITAS	17	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.041.700	$ 9.041.700
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	17	$ 0	$ 0	$ 0	$ 10.134.400	$ 10.134.400
EPS010	800088702	EPS SURA	3	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.132.200	$ 1.132.200
EPS017	830003564	FAMISANAR	8	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.413.500	$ 3.413.500
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	27	$ 0	$ 0	$ 0	$ 11.919.400	$ 11.919.400
EPS041	900156264	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	3	$ 0	$ 0	$ 0	$ 698.800	$ 698.800
Subtotal Salud		8	82	$ 0	$ 0	$ 0	$ 39.718.100	$ 39.718.100
230201	800229739	PROTECCION	10	$ 59.200	$ 59.200	$ 0	$ 5.347.900	$ 5.347.900
230301	800224808	PORVENIR	22	$ 124.700	$ 124.700	$ 0	$ 13.075.300	$ 13.075.300
231001	800227940	COLFONDOS	6	$ 106.200	$ 106.200	$ 0	$ 4.649.700	$ 4.649.700
25-14	900336004	COLPENSIONES	39	$ 337.200	$ 337.200	$ 0	$ 27.314.400	$ 27.314.400
Subtotal Pensión		4	77	$ 627.300	$ 627.300	$ 0	$ 50.387.300	$ 50.387.300
14-23	860011153	POSITIVA	79	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.617.800	$ 1.617.800
Subtotal ARL		1	79	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.617.800	$ 1.617.800
CCF68	800231969	COMCAJA	78	$ 0	$ 0	$ 0	$ 12.554.100	$ 12.554.100
Subtotal CCF		1	78	$ 0	$ 0	$ 0	$ 12.554.100	$ 12.554.100
PASENA	899999034	SENA	78	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.279.500	$ 6.279.500
PAICBF	899999239	ICBF	78	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.415.300	$ 9.415.300
		Total a pagar		$ 627.300	$ 627.300	$ 0	$ 119.972.100	$ 119.972.100

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	16/05/2025

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAMPESINA
IDENTIFICACIÓN:	NI-800231969
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	principal
FECHA GENERACION REPORTE:	2025-05-19
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-05-16
FECHA DE PAGO:	2025-05-16
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2025-04
PERÍODO SALUD:	2025-05
NÚMERO PLANILLA:	33488964
TOTAL COTIZANTES:	82
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	33488964
TIPO DE PLANILLA:	E

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS001	830113831	ALIANSALUD EPS	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 590.700	$ 590.700
EPS002	800130907	SALUD TOTAL	6	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.004.600	$ 3.004.600
EPS005	800251440	SANITAS	16	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.702.800	$ 9.702.800
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	17	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.939.900	$ 9.939.900
EPS010	800088702	EPS SURA	4	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.726.700	$ 1.726.700
EPS017	830003564	FAMISANAR	8	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.639.300	$ 3.639.300
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	27	$ 0	$ 0	$ 0	$ 13.136.300	$ 13.136.300
EPS041	900156264	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	3	$ 0	$ 0	$ 0	$ 729.700	$ 729.700
Subtotal Salud		8	82	$ 0	$ 0	$ 0	$ 42.470.000	$ 42.470.000
230201	800229739	PROTECCION	9	$ 62.800	$ 62.800	$ 0	$ 5.578.200	$ 5.578.200
230301	800224808	PORVENIR	23	$ 165.400	$ 165.400	$ 0	$ 14.412.400	$ 14.412.400
231001	800227940	COLFONDOS	6	$ 70.300	$ 70.300	$ 0	$ 3.797.600	$ 3.797.600
25-14	900336004	COLPENSIONES	39	$ 362.800	$ 362.800	$ 0	$ 30.126.300	$ 30.126.300
Subtotal Pensión		4	77	$ 661.300	$ 661.300	$ 0	$ 53.914.500	$ 53.914.500
14-23	860011153	POSITIVA	81	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.715.400	$ 1.715.400
Subtotal ARL		1	81	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.715.400	$ 1.715.400
CCF68	800231969	COMCAJA	78	$ 0	$ 0	$ 0	$ 13.223.800	$ 13.223.800
Subtotal CCF		1	78	$ 0	$ 0	$ 0	$ 13.223.800	$ 13.223.800
PASENA	899999034	SENA	78	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.614.300	$ 6.614.300
PAICBF	899999239	ICBF	78	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.918.800	$ 9.918.800
		Total a pagar		$ 661.300	$ 661.300	$ 0	$ 127.856.800	$ 127.856.800

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	17/06/2025

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAMPESINA
IDENTIFICACIÓN:	NI-800231969
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	principal
FECHA GENERACION REPORTE:	2025-06-22
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-06-18
FECHA DE PAGO:	2025-06-18
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2025-05
PERÍODO SALUD:	2025-06
NÚMERO PLANILLA:	33785986
TOTAL COTIZANTES:	83
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	33785986
TIPO DE PLANILLA:	E

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS001	830113831	ALIANSALUD EPS	1	$ 0	$ 0	$ 400	$ 590.700	$ 591.100
EPS002	800130907	SALUD TOTAL	6	$ 0	$ 0	$ 1.800	$ 2.787.900	$ 2.789.700
EPS005	800251440	SANITAS	17	$ 0	$ 0	$ 7.200	$ 11.161.900	$ 11.169.100
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	17	$ 0	$ 0	$ 6.700	$ 10.392.700	$ 10.399.400
EPS010	800088702	EPS SURA	4	$ 0	$ 0	$ 1.200	$ 1.738.900	$ 1.740.100
EPS017	830003564	FAMISANAR	8	$ 0	$ 0	$ 2.600	$ 4.027.300	$ 4.029.900
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	27	$ 0	$ 0	$ 8.500	$ 13.084.900	$ 13.093.400
EPS041	900156264	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	3	$ 0	$ 0	$ 500	$ 729.700	$ 730.200
Subtotal Salud		8	83	$ 0	$ 0	$ 28.900	$ 44.514.000	$ 44.542.900
230201	800229739	PROTECCION	9	$ 62.800	$ 62.800	$ 3.700	$ 5.477.600	$ 5.481.300
230301	800224808	PORVENIR	23	$ 194.300	$ 194.300	$ 10.000	$ 15.257.200	$ 15.267.200
231001	800227940	COLFONDOS	7	$ 74.200	$ 74.200	$ 3.300	$ 4.961.400	$ 4.964.700
25-14	900336004	COLPENSIONES	39	$ 461.600	$ 461.600	$ 20.300	$ 31.390.300	$ 31.410.600
Subtotal Pensión		4	78	$ 792.900	$ 792.900	$ 37.300	$ 57.086.500	$ 57.123.800
14-23	860011153	POSITIVA	82	$ 0	$ 0	$ 1.200	$ 1.777.200	$ 1.778.400
Subtotal ARL		1	82	$ 0	$ 0	$ 1.200	$ 1.777.200	$ 1.778.400
CCF68	800231969	COMCAJA	78	$ 0	$ 0	$ 8.700	$ 13.379.300	$ 13.388.000
Subtotal CCF		1	78	$ 0	$ 0	$ 8.700	$ 13.379.300	$ 13.388.000
PASENA	899999034	SENA	78	$ 0	$ 0	$ 4.400	$ 6.691.800	$ 6.696.200
PAICBF	899999239	ICBF	78	$ 0	$ 0	$ 6.500	$ 10.035.300	$ 10.041.800
		Total a pagar		$ 792.900	$ 792.900	$ 87.000	$ 133.484.100	$ 133.571.100

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	15/07/2025

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAMPESINA
IDENTIFICACIÓN:	NI-800231969
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	principal
FECHA GENERACION REPORTE:	2025-07-16
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-07-15
FECHA DE PAGO:	2025-07-15
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-06
PERÍODO SALUD:	2025-07
NÚMERO PLANILLA:	34087889
TOTAL COTIZANTES:	84
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	34087889
TIPO DE PLANILLA:	E

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS001	830113831	ALIANSALUD EPS	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 590.700	$ 590.700
EPS002	800130907	SALUD TOTAL	6	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.271.300	$ 3.271.300
EPS005	800251440	SANITAS	17	$ 0	$ 0	$ 0	$ 10.240.700	$ 10.240.700
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	18	$ 0	$ 0	$ 0	$ 12.766.500	$ 12.766.500
EPS010	800088702	EPS SURA	4	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.603.200	$ 1.603.200
EPS017	830003564	FAMISANAR	7	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.163.600	$ 3.163.600
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	28	$ 0	$ 0	$ 0	$ 14.847.200	$ 14.847.200
EPS041	900156264	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	3	$ 0	$ 0	$ 0	$ 729.700	$ 729.700
Subtotal Salud		8	84	$ 0	$ 0	$ 0	$ 47.212.900	$ 47.212.900
230201	800229739	PROTECCION	10	$ 62.800	$ 62.800	$ 0	$ 6.176.200	$ 6.176.200
230301	800224808	PORVENIR	24	$ 165.400	$ 165.400	$ 0	$ 15.327.000	$ 15.327.000
231001	800227940	COLFONDOS	7	$ 73.800	$ 73.800	$ 0	$ 5.042.400	$ 5.042.400
25-14	900336004	COLPENSIONES	37	$ 544.200	$ 845.400	$ 0	$ 33.260.500	$ 33.260.500
Subtotal Pensión		4	78	$ 846.200	$ 1.147.400	$ 0	$ 59.806.100	$ 59.806.100
14-23	860011153	POSITIVA	83	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.794.400	$ 1.794.400
Subtotal ARL		1	83	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.794.400	$ 1.794.400
CCF68	800231969	COMCAJA	80	$ 0	$ 0	$ 0	$ 13.844.900	$ 13.844.900
Subtotal CCF		1	80	$ 0	$ 0	$ 0	$ 13.844.900	$ 13.844.900
PASENA	899999034	SENA	80	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.925.000	$ 6.925.000
PAICBF	899999239	ICBF	80	$ 0	$ 0	$ 0	$ 10.384.500	$ 10.384.500
		Total a pagar		$ 846.200	$ 1.147.400	$ 0	$ 139.967.800	$ 139.967.800

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	19/08/2025

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAMPESINA
IDENTIFICACIÓN:	NI-800231969
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	principal
FECHA GENERACION REPORTE:	2025-08-20
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-08-19
FECHA DE PAGO:	2025-08-19
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2025-07
PERÍODO SALUD:	2025-08
NÚMERO PLANILLA:	34327997
TOTAL COTIZANTES:	84
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	34327997
TIPO DE PLANILLA:	E

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS001	830113831	ALIANSALUD EPS	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 590.700	$ 590.700
EPS002	800130907	SALUD TOTAL	6	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.897.100	$ 2.897.100
EPS005	800251440	SANITAS	16	$ 0	$ 0	$ 0	$ 10.883.700	$ 10.883.700
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	18	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.115.500	$ 9.115.500
EPS010	800088702	EPS SURA	4	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.625.400	$ 1.625.400
EPS017	830003564	FAMISANAR	8	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.695.200	$ 3.695.200
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	28	$ 0	$ 0	$ 0	$ 13.891.900	$ 13.891.900
EPS041	900156264	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	3	$ 0	$ 0	$ 0	$ 646.600	$ 646.600
Subtotal Salud		8	84	$ 0	$ 0	$ 0	$ 43.346.100	$ 43.346.100
230201	800229739	PROTECCION	10	$ 62.800	$ 62.800	$ 0	$ 6.038.000	$ 6.038.000
230301	800224808	PORVENIR	27	$ 250.100	$ 250.100	$ 0	$ 17.658.400	$ 17.658.400
231001	800227940	COLFONDOS	7	$ 38.900	$ 38.900	$ 0	$ 4.645.400	$ 4.645.400
25-14	900336004	COLPENSIONES	37	$ 300.700	$ 300.700	$ 0	$ 26.527.400	$ 26.527.400
Subtotal Pensión		4	81	$ 652.500	$ 652.500	$ 0	$ 54.869.200	$ 54.869.200
14-23	860011153	POSITIVA	84	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.732.100	$ 1.732.100
Subtotal ARL		1	84	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.732.100	$ 1.732.100
CCF68	800231969	COMCAJA	83	$ 0	$ 0	$ 0	$ 13.982.600	$ 13.982.600
Subtotal CCF		1	83	$ 0	$ 0	$ 0	$ 13.982.600	$ 13.982.600
PASENA	899999034	SENA	83	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.993.500	$ 6.993.500
PAICBF	899999239	ICBF	83	$ 0	$ 0	$ 0	$ 10.487.600	$ 10.487.600
		Total a pagar		$ 652.500	$ 652.500	$ 0	$ 131.411.100	$ 131.411.100

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	15/09/2025

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAMPESINA
IDENTIFICACIÓN:	NI-800231969
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	principal
FECHA GENERACION REPORTE:	2025-09-16
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-09-15
FECHA DE PAGO:	2025-09-15
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2025-08
PERÍODO SALUD:	2025-09
NÚMERO PLANILLA:	34720671
TOTAL COTIZANTES:	84
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	34720671
TIPO DE PLANILLA:	E

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS001	830113831	ALIANSALUD EPS	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 590.700	$ 590.700
EPS002	800130907	SALUD TOTAL	7	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.192.800	$ 3.192.800
EPS005	800251440	SANITAS	16	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8.865.300	$ 8.865.300
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	18	$ 0	$ 0	$ 0	$ 11.057.200	$ 11.057.200
EPS010	800088702	EPS SURA	3	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.639.800	$ 1.639.800
EPS017	830003564	FAMISANAR	8	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.613.300	$ 3.613.300
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	29	$ 0	$ 0	$ 0	$ 13.721.500	$ 13.721.500
EPS041	900156264	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	2	$ 0	$ 0	$ 0	$ 543.500	$ 543.500
Subtotal Salud		8	84	$ 0	$ 0	$ 0	$ 43.224.100	$ 43.224.100
230201	800229739	PROTECCION	10	$ 96.000	$ 96.000	$ 0	$ 6.579.500	$ 6.579.500
230301	800224808	PORVENIR	28	$ 165.400	$ 165.400	$ 0	$ 15.848.900	$ 15.848.900
231001	800227940	COLFONDOS	7	$ 70.300	$ 70.300	$ 0	$ 4.942.200	$ 4.942.200
25-14	900336004	COLPENSIONES	36	$ 355.700	$ 355.700	$ 0	$ 27.366.300	$ 27.366.300
Subtotal Pensión		4	81	$ 687.400	$ 687.400	$ 0	$ 54.736.900	$ 54.736.900
14-23	860011153	POSITIVA	84	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.716.000	$ 1.716.000
Subtotal ARL		1	84	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.716.000	$ 1.716.000
CCF68	800231969	COMCAJA	83	$ 0	$ 0	$ 0	$ 13.964.600	$ 13.964.600
Subtotal CCF		1	83	$ 0	$ 0	$ 0	$ 13.964.600	$ 13.964.600
PASENA	899999034	SENA	83	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.984.600	$ 6.984.600
PAICBF	899999239	ICBF	83	$ 0	$ 0	$ 0	$ 10.474.300	$ 10.474.300
		Total a pagar		$ 687.400	$ 687.400	$ 0	$ 131.100.500	$ 131.100.500

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	16/10/2025

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

TARJETA PROFESIONAL DE CONTADOR PUBLICO

38445-T



NEVER ENRIQUE
MEJIA MATUTE
C.C. 15681157
RESOLUCION INSCRIPCION 011 FECHA 14/04/1994
UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO

PRESIDENTE

LUIS ALONSO COLMENARES RODRÍGUEZ 46496

FIRMA DEL TITULAR

CADUCADO

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Comercio Industria y Turismo - Junta Central de Contadores.

LOGOFORMAS S.A. 1739 12/2007



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 15.681.157
MEJIA MATUTE
APELLIDOS
NEVER ENRIQUE
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-FEB-1964
PURISIMA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
19-NOV-1982 PURISIMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00201697-M-0015681157-20091204 0018630621A 1 1480584671

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

2663F8AD7501F005

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **NEVER ENRIQUE MEJIA MATUTE** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 15681157 de PURISIMA (CORDOBA) Y Tarjeta Profesional No 38445-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS * * *