CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAMPESINA ‘COMCAJA’

COMCAJA
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAMPESINA

VAUPÉS VICHADA GUAVIARE GUAINÍA

ACTIVIDAD No.8 SUMINISTRO DE CAMISETAS DE PRESENTACIÓN ÍTEM 8.1 DEPARTAMENTAL GUAVIARE

SEPTIEMBRE 2025

Ciudad: San José del Guaviare	**Fecha y hora de inicio:** 26 de septiembre de 2025 09:00 am	**Fecha y hora finalización:** 26 de Septiembre de 2025 11:00 am
Lugar: Contraloría General de la República Gerencia Departamental Colegiada Guaviare		
Actividad: Suministro de Camisetas de Presentación		
Objetivo: Suministrar 37 camisetas de presentación para los funcionarios de la Gerencia Departamental Colegiada Guaviare.		
Valor de la actividad: Tres Millones Cuatrocientos Sesenta y Seis Mil Seiscientos Catorce Pesos M/Cte. ($3.466.614).		
Participantes: 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 del suministro de camisetas de presentación, entregadas en el municipio de San José del Guaviare.

1. El 29 de julio se envía a Marinela Rondón el correo con los diseños de las camisetas de presentación para que los funcionarios de la Contraloría, así mismo se solicita confirmar el diseño escogido, confirmación que la realiza el Dr. Robinson Morato – Gerente el 8 de agosto del año en curso.

2. **Fecha y lugar de ejecución:**

El suministro de las 37 camisetas de presentación se llevó a cabo el día 26 de septiembre de 2025, en las instalaciones de Contraloría Gerencia Colegiada Guaviare.

3. Referencia Camisetas

Material especial para prendas deportivas e inteligente que se adapta a distintos tipos de clima, ligero de peso que brinda confort, material suave, resistente y de buena calidad. Antibacterial posee filtro UV como protección solar y tecnología Speed feel (secado rápido), facilitando el transporte de humedad. Color, tallas y diseño se definieron de común acuerdo entre el Gerente Departamental y Representante de Bienestar.

4. Recursos logísticos y humanos

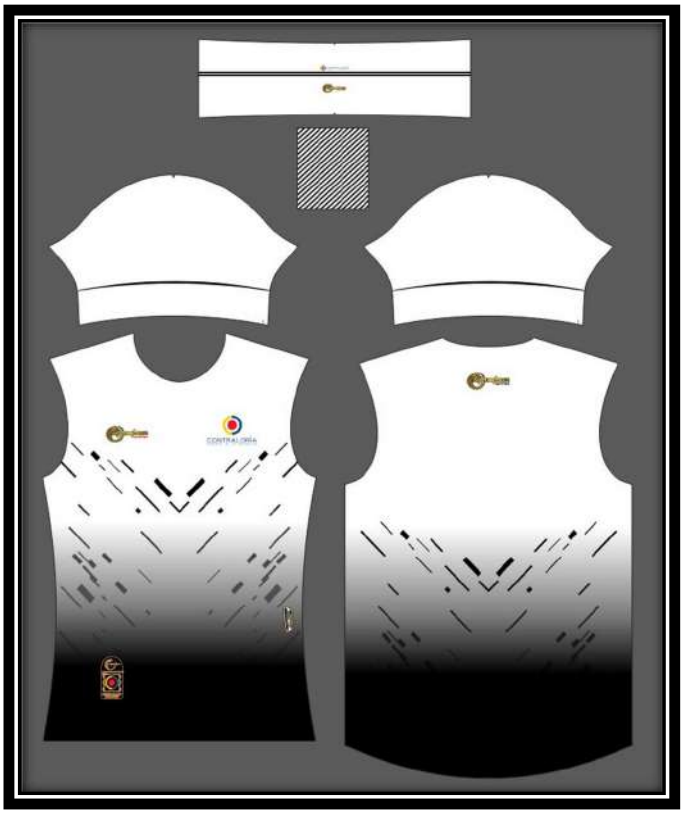
Para el desarrollo de la jornada se dispuso de:

- Personal logístico de COMCAJA encargado de la entrega, acompañamiento y soporte durante toda la actividad.

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

DISEÑO



DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD







Se espera que los funcionarios de la Contraloría General de la República – Gerencia Departamental Colegiada Guaviare se encuentren satisfechos con el diseño y la confección de las Camisetas de Presentación.

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.ruizm@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 PMR
Subdirectora de Subsidio Familiar y Servicios Sociales

Factura Electrónica de Venta
Nro. Doc.: GUV3077
Fecha Emisión: 2025-10-22 11:39:38
Fecha validación: 2025-10-22 11:44:39-05:00
Fec. Vcto.: 2025-11-21

N° Resolución: 18764099964538 **Prefijo:** GUV **Consecutivo:** 3001 hasta 4000 **Fecha:** 2025-10-10 **hasta** 2027-10-10

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	116	1.0	94	Servicio - ACTIVIDAD DEPORTIVA	2,913,121.0	IVA 19.00	553,493.0		3,466,614.0
Total Items			1						

Impuestos		
Tipo de Impuestos	**Monto Base**	**Total**
IVA : 19.00%	2,913,121.0	553,493.0

Totales	
SUBTOTAL:	2,913,121.0
TOTAL Base Imponible:	2,913,121.0
IVA	553,493.0
TOTAL:	3,466,614.0
TOTAL en letras: Tres Millones Cuatrocientos Sesenta Y Seis Mil Seiscientos Catorce Con Cero COP	
Redondeo Aplicado:	0.0

Información Adicional

#$26-02-00,Cto 045 de 2025;hmunoz@fbscgr.gov.co#$CONTRATODEPRESTACIONDESERVICIOSNo. 045 DE2025 SUSCRITOENTRECOMCAJAY EL FONDODEBIENESTARSOCIAL DELACONTRALORIAGENERAL DELAREPUBLICA.Contratar la prestación de servicios para la logística, organización yrealización de las actividades del plan de bienestar de laGerencia 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	2025-11-21	111						

CUFE: 08a1346896a0fed3cc6b3408901a7e1810c861ef5778578a26b97461d2db900af5de2da85eed411d4598ddb201e2627a
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-21-786

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 **"Suministro de Camisetas de Presentación"**, 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 entrega se llevó a cabo el 26 de septiembre de 2025 con el suministro de 37 camisetas de presentación en la Gerencia Departamental Guaviare, lo anterior tomando como base el desarrollo mismo de contratado, así como la información suministrada en la muestra de las encuestas tomadas a los funcionario.

En los anteriores términos se firma la presente certificación en la ciudad de San José del Guaviare el 26 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	Proceso Bienestar, Recreación, Cultura y Deporte Formato Entrega Elementos Actividades de Bienestar	CÓDIGO:	F-M-2110-27
		VERSIÓN:	1

ENTREGA ELEMENTOS ACTIVIDADES DE BIENESTAR

GERENCIA DEPARTAMENTAL [x] GERENCIA DEPARTAMENTAL GUAVIARE — EVENTO - ACTIVIDAD - PROGRAMA: Suministro de Camisetas de Presentación

NIVEL CENTRAL [ ] — TIPO DE ACTIVIDAD — PRESENCIAL [x] — VIRTUAL [ ]

DATOS DEL FUNCIONARIO					DATOS DE ENTREGA						EN CASO DE NO RECIBIR EL FUNCIONARIO		
No.	APELLIDOS Y NOMBRE	CEDULA	TEL. DE CONTACTO	DIRECCIÓN	ELEMENTO / KIT	CANT.	FECHA DE ENTREGA DIA	MES	AÑO	FIRMA DEL FUNCIONARIO	NOMBRE DE QUIEN SE ENCUENTRA AUTORIZADO A RECIBIR	FIRMA DE QUIEN RECIBE	PARENTESCO
1	Zuñiga Trian de Jesus	17584636											
2	Rodriguez Calvo Constantino	18.223.048	3142211390	Kra 22 Nº 18-51		1	26	09	25				
3	Toro Toro Jesús Armando	10.267.655	310357 4916	Calle 8 #24-169		1	26	09	25				
4	Zuluaga Robayo Richard Andres	1,120,565,990	3160053410	Calle 26 Nº 13-31		1	26	09	25				
5	Rodriguez Rubio Javier Orlando	1,032,449,538	3213185	Calle 8 # 24-169		1	26	09	25				
6	Betancour Cañon Ingrid Paola	1,007,294,465	3226730	Calle 47 - 24-46		1	26	09	25				
7	Bonilla Mancera Yulver	1,120,558,246	3154	Cra 8 B # 23-45		1	26	09	25				
8	Bueno Holguin Carlos Luis	1,014,251,186	310692 2587	Calle 8 # 24 - 169		1	26	09	25				
9	Cubides Moreno Kelin Sorany	1,007,293,694	3219213063	Calle 17 # 19-43		1	26	09	25				
10	Ovalle Yepes Carlos Andres	18.224.765	3123	Cra 23 Nº 25-21		1	26	09	25				
11	Pastrana Parga Narda Patricia	65.763.744	31	Calle 8 Nº 24-169 B/ 20 de Julio		1	26	09	25				
12	Rondon Agudelo Marinela	1,022.945,415	3114841253	calle 8 Nº 24-169. B/20 julio		1	26	09	25				
13	Yeison Yovan Sosa Parra	1,120,570,752	31	cll 8 # 24 - 169		1	26	09	25				
14	A Chantre Sandra Patricia	41.213.904	3143209	Cra 19 Nº 22-45		1	26	09	25				
15	Amado Restrepo Juliana	1,010,218,930	316831 0914			1	26	09	25				
16	Barbosa Mendez Alejandra Maria	1				1	26	09	25				Compañera
17	Barbosa Turriago Guillermo	86.047.076	312-335 8035	Carrera 23 # 21-27.		1	26	09	25				
18	Calderón Gómez Liliana	36.306.659	3134963653	Calle 8 # 24-169		1	26	09	25				
19	Carranza Vasquez Olga Lucia	41.225.782		Cra. 19 Nº 23-15		1	26	09	25				
20	Contento Suescun Carlos	79.985.512	3112974300	Jamaveo		1	26	09	25				

No.	APELLIDOS Y NOMBRE	CEDULA	TEL. DE CONTACTO	DIRECCIÓN	ELEMENTO / KIT	CANT.	FECHA DE ENTREGA			FIRMA DEL FUNCIONARIO	NOMBRE DE QUIEN SE ENCUENTRA AUTORIZADO A RECIBIR	FIRMA DE QUIEN RECIBE	PARENTESCO
							DIA	MES	AÑO				
21	Cordoba Tello Yenny Patricia	47.441.640				1	26	09	25				
22	Lopez Velasco Sandra Milena	41.242.675	3124388638	Barrio Sanjosez.		1	26	09	25				
23	Martinez Calderon Harlensson	80.008.935	3232451265	Barrio Bello horizont.		1	26	09	25				
24	Restrepo Benjumea Pedro Fernando	79.455.916				1	26	09	25				
25	Rodriguez Arevalo Mariela	41.242.820	3160333176	meiderhyul		1	26	09	25				
26	Rojas Saldarriaga Francy Nelly	1,120,577,833	3[illegible]540	cla 8 #24-169.		1	26	09	25				
27	Calderón Gómez Angela Maria	41.243.142	3182981976	Calle 8 #24-169		1	26	09	25				
28	Corredor Wilches Henry	19.413.165	3162822978	Call 8 24-169		1	26	09	25				
29	Cuesta Hernandez Mirthian Adriana	52.962.490	3105132523	San Jorge		1	26	09	25				
30	Del Rio Rojas Lelis Yineth	35.262.989	3124[illegible]078	Bello A.		1	26	09	25				
31	Moya Racero Tatiana	22.669.433	3148115616	V. Illa Andrea		1	26	09	25				
32	Sanchez Martinez Duban Andres	1,010,240,708				1	26	09	25				
33	Morato Greiff Robinson	18.223.818				1	26	09	25				
34	Barrera Gomez Ruby Patricia	41.240.798				1	26	09	25				
35	Román Hernández Ana Idaly	38.289.397				1	26	09	25				
36	Sanchez Rico Sonia Mabel	1,120,565,684	3[illegible]	Cra 25a # 16-20 Ciudad		1	26	09	25				
37	Vargas Gutierrez Heiller Enrique	18.223.244	3147[illegible]16	calle 8 24-169		1	26	09	25				
38	Trujillo Rodriguez Johanna Marcela	28.553.780	3183[illegible]	Villa Andrea.		1	26	09	25				
39													

EN CASO DE SE UN KIT (CONJUNTO DE ELEMENTOS), DESCRIBA SUS COMPONENTES:	

Elaboro:	Revisó:		Aprobó: Comité SIGME
Dirección de Bienestar y Desarrollo - Grupo Recreación Cultura y Deporte	Grupo de Planeación		Fecha: febrero 12 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 Suministro de Camisetas de Presentación **Fecha del evento** 26/09/2025

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	Marinela Rondon	Teléfono	3114841253
Cargo	Auxiliar Administrativo	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.

	ATENCIÓN 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		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	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:		

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 Suministro de Camisetas de Presentación **Fecha del evento** 26/09/2025

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 [illegible] Teléfono 312-3358035

Cargo Profesional Universitario 02(E) E-mail [illegible]

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.

	ATENCIÓN 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						
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					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	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 Suministro de Camisetas de Presentación **Fecha del evento** 26/09/2025

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	Ronald Rodriguez	Teléfono	3165339516
Cargo	Patrullero Chivas 6 2	E-mail	ronald.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.

	ATENCIÓN PRESTADA POR PARTE DEL PRESTADOR DEL SERVICIO (Recreadores, Brigadistas, Guías, 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					✓	
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					✓	
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:		

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 Suministro de Camisetas de Presentación **Fecha del evento** 26/09/2025

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	Carlos Andrés Ovalle Y	Teléfono	3212351411
Cargo	Pros Esp. G. 03	E-mail	Carlos.Ovalle@contraloria.

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	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 Suministro de Camisetas de Presentación **Fecha del evento** 26/09/2025

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	SANDRA PATRICIA A. CHANTRE	Teléfono	3103299646
Cargo	COORDINADORA GESTIÓN	E-mail	Sandra.agualanpio

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.

	ATENCIÓN 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	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:		

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 Suministro de Camisetas de Presentación **Fecha del evento** 26/09/2025

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	Ingrid Beltrancourt	Teléfono	3182673818
Cargo	Auxiliar Admon	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.

	ATENCIÓN 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:		

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 * * *