CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAMPENSINA ‘COMCAJA’

COMCAJA
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAMPESINA

VAUPÉS VICHADA GUAVIARE GUAINÍA

**INFORME DE ACTIVIDAD INTEGRACION DE FUNCIONARIOS**

**CTO N° 044 de 2025**

**FONDO DE BIENESTAR SOCIAL DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA.**

**DEPARTAMENTAL VAUPÉS**

## DESARROLLO DE ACTIVIDAD INTEGRACION DE FUNCIONARIOS

| Ciudad | Fecha y hora de inicio | Fecha y hora de finalización |
|---|---|---|
| Mitú – Vaupés | 28 de Noviembre 2025<br>8:00 AM | 28 de Noviembre 2025<br>4:00 P.M |
| **Fecha y Lugar** | | |
| 28 de noviembre de 2025: Finca Ecoturística Wacapu | | |
| **Detalle de actividad** | Actividad de Integración de los funcionarios. | |
| **Objetivo** | Fomentar la integración entre los funcionarios de la CGR, promoviendo el respeto por la diversidad y fortaleciendo los lazos de colaboración, a través de actividades de recreación | |
| **Costo de la actividad** | | |
| Tres Millones Setecientos Veinticuatro Mil Trescientos Cuarenta Y Tres pesos MCTE<br>($3.724.343) | | |
| **Participantes** | | |
| Se realizó logística para 30 funcionarios de la Gerencia Departamental del Vaupés. | | |
| **Supervisores** | | |
| **Entidad contratante Fondo de Bienestar Social de la Contraloría General de la Republica** | HAROLD ENRIQUE MUÑOZ QUIROZ | |
| **Entidad Contratista COMCAJA** | ALEXANDER VIAFARA VILLEGAS | |

En el marco del Convenio CTO N° 044 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 de Vaupés para la vigencia 2025"**, se llevó a cabo la actividad programada.

La jornada inició a las 8:00 a. m., con una logística dispuesta para 30 funcionarios. De estos, **29 participaron efectivamente** en las actividades, las cuales contaron con el acompañamiento de un coordinador experto, encargado de desarrollar dinámicas lúdicas para la ambientación del evento, y de un brigadista capacitado en primeros auxilios, garantizando así la seguridad de todos los asistentes.

Se dispuso de toda la logística necesaria para el desarrollo de la actividad de integración. A los 29 participantes se les ofreció un almuerzo, y el remanente fue distribuido entre ellos, lo que permitió prolongar los espacios de interacción. Adicionalmente, cada funcionario recibió un refrigerio individual.

La jornada concluyó satisfactoriamente a las 4:00 p. m. Cada participante retornó por sus propios medios, por lo que no fue necesario disponer de servicio de transporte.

La actividad de integración se desarrolló conforme a las directrices establecidas por la entidad, cumpliendo los objetivos de bienestar, fortalecimiento de la integración y promoción de hábitos saludables entre los funcionarios de la Gerencia Departamental. COMCAJA reitera su disposición para continuar apoyando y ejecutando actividades de bienestar, respaldada por su experiencia y la calidad del servicio prestado.

Finalmente, se espera que COMCAJA sea nuevamente seleccionada para la ejecución de futuras actividades de bienestar, dada la experiencia positiva y los resultados satisfactorios alcanzados.

Cordialmente,

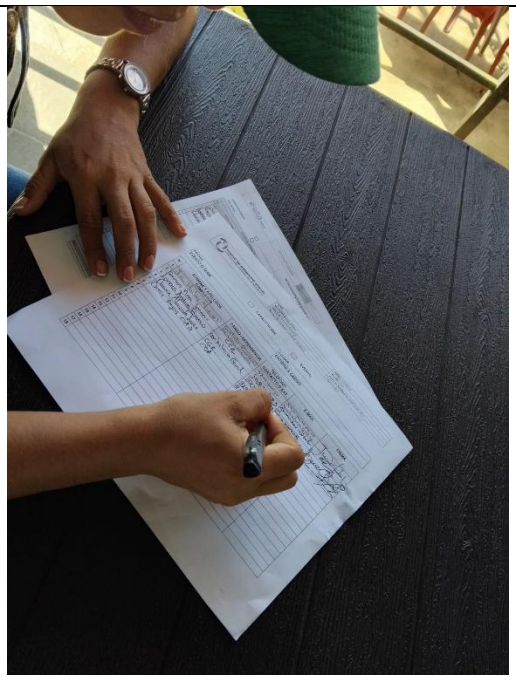
**ALEXANDER VIAFARA VILLEGAS**
Jefe de Unidad Departamental Vaupés
Alexander.viafara@comcaja.gov.co

**EDGAR FABIO GARCIA CASTAÑEDA**
Director Administrativo COMCAJA
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAMPESINA
NIT: 800.231.969-4

**Revisado:**
Andrés Molina Avila
Líder Área Servicios Sociales.

Gloria Patricia Molina PMR
subdirectora Subsidio Familia y servicios

## REGISTRO FOROGRÁFICO

| 28 de Noviembre de 2025 | 28 de Noviembre de 2025 |
|---|---|
|  |  |
| 28 de Noviembre de 2025 | |
|  | |

COMCAJA
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAMPESINA

**Factura Electrónica de Venta**
**Nro. Doc.:** VAUF1245
**Fecha y Hora de Generación:** 2025-12-02 09:54:05
**Fecha validación:** 2025-12-02 09:59:06-05:00
**Fec. Vcto.:** 2026-01-02

**Nº Resolución:** 18764095997776 **Prefijo:** VAUF **Consecutivo:** 1156 hasta 3000 **Fecha:** 2025-07-23 **hasta** 2026-07-23

| Datos del Emisor | Datos del Adquirente |
|---|---|
| **Razón social/Nombre:** CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAMPESINA<br>**NIT:** 800231969-4<br>**Actividad Económica:** 8413<br>**Responsabilidad:** No aplica – Otros -<br>**Dirección:** CR 12 15 57 - MITÚ - Vaupés - CO<br>**Teléfonos:** 3112098060<br>**Contacto:** ADRIANA AVILA<br>**E-mail:** ADRIANA.AVILA@COMCAJA.GOV.CO | **Razón social/Nombre:** FONDO DE BIENESTAR SOCIAL DE LA CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA<br>**NIT:** 800252683-3<br>**Actividad Económica:** 8412<br>**Dirección:** CR 69 44-35 - BOGOTÁ, D.C. - Bogotá - CO<br>**Teléfonos:** 6013532760<br>**E-mail:** siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co |

| # | Código | Cant. | Medida | Descripción | Valor Unitario | %Impuesto | Impuesto | Descuento | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 119 | 1.00 | 94 | Servicio - ACTIVIDAD DE INTREGACION PARA LOS FUNCIONARIOS DE LA GERENCIA | 3,129,700.00 | IVA 19.00 | 594,643.00 | | 3,724,343.00 |
| Total Items | | | 1 | | | | | | |

| Impuestos | | |
|---|---|---|
| Tipo de Impuestos | Monto Base | Total |
| IVA : 19.00% | 3,129,700.00 | 594,643.00 |

| Totales | |
|---|---|
| **SUBTOTAL:** | 3,129,700.00 |
| **TOTAL Base Imponible:** | 3,129,700.00 |
| **IVA** | 594,643.00 |
| **TOTAL:** | 3,724,343.00 |
| **TOTAL en letras: Tres Millones Setecientos Veinticuatro Mil Trescientos Cuarenta Y Tres Con Cero COP** | |
| **Redondeo Aplicado:** | 0.00 |

**Información Adicional**

#$26-02-00;CTO No. 044 de 2025;hmunoz@fbscgr.gov.co#$CONTRATO DE PRESTACIONDE SERVICIOS No. 044 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 de Vaupés- 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 | 2026-01-02 | 111 | | | | | | |

No Somos Grandes Contribuyentes
Responsable de IVA
No Autorretenedor Impuesto de Renta
Impuesto sobre las ventas IVA- No Somos Agentes Retenedores de IVA Actividad Económica 8430 - Favor no efectuar Retención de la fuente Somos entidad NO contribuyente de impuesto de Renta y complementamos - Art. 22 del Estatto tributario

**CUFE:** a8c495604db99ab8df9df68f46a0530c6700cff41250f5c6e7666773aa90dd98ae276656882400c08baed15fab4aa638
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-21-791

# EL SUSCRITO GERENTE DEPARTAMENTAL DE LA GERENCIA COLEGIADA VAUPÉS DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

CERTIFICA

Que recibió a satisfacción por parte de **la caja de compensación familiar campesina COMCAJA Nit. 800.231.969-4** la ejecución de la actividad denominada **(INTEGRACION DE FUNCIONARIOS)** como parte del contrato de prestación de servicios N.º **044 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 – Vaupés para la vigencia 2025".**

La actividad se llevó a cabo en la ciudad de Mitú-Vaupés el día 28 de noviembre del presente año, (**INTEGRACION DE FUNCIONARIOS**), los almuerzos fueron entregados a 30 funcionarios.

La alimentación sobrante fue entregada a los asistentes a la actividad del Fondo de Bienestar de la Gerencia. Que dicha certificación se expide el día 28 de noviembre de 2025 en la sede de la Gerencia Departamental. Lo anterior tomando como base el desarrollo mismo de la actividad contratada.

En los anteriores términos se firma la presente certificación en la ciudad de Mitú-Vaupés, como soporte del proceso de pago de dicho contrato.

GERMAN MORENO LOZANO
**GERENTE DEPARTAMENTAL**

| Fondo de Bienestar Social | Proceso Bienestar, Recreación, Cultura y Deporte<br>Formato Entrega Elementos Actividades de Bienestar | CÓDIGO: | F-M-2110- 27 |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN: | 1 |

# ENTREGA ELEMENTOS ACTIVIDADES DE BIENESTAR

GERENCIA DEPARTAMENTAL [X] VAUPES — GERENCIA A LA QUE PERTENECE

NIVEL CENTRAL [ ]

EVENTO - ACTIVIDAD - PROGRAMA: Integración de funcionarios.

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 | ANGIE VILLA | 1007733300 23 | 3229205225 | H. Solano | Almuerzo | 1 | 28 | 11 | 25 | ANGIE | | | |
| 2 | Ibly X. Grullo | 3 14[illegible] | 3122083325 | H. Solano | Almuerzo | 1 | 28 | 11 | 25 | | | | |
| 3 | Hector Bustamante | 71420[illegible] | 3176663623 | H Solano | Almuerzo | 1 | 28 | 11 | 25 | | | | |
| 4 | Johana Rota | 69.801[illegible] | 314.285 4636 | Villavictoria | Almuerzo | 1 | 28 | 11 | 25 | | | | |
| 5 | Yuli Noguera V | 6[illegible] | 322845 9208 | Villavictoria | Almuerzo | 1 | 28 | 11 | 25 | | | | |
| 6 | Kali Rodriguez | 2124[illegible] | 316321 4544[illegible] | 7 de Agosto | Almuerzo | 1 | 28 | 11 | 25 | KaCR | | | |
| 7 | Martin Peña Acuña | 18203. 741 | 317767 2644 | La Union | Almuerzo | 1 | 28 | 11 | 25 | Martin Peña | | | |
| 8 | Mercedes Trinidad | 1006964 [illegible] | 3125610682 | Palmeras | Almuerzo | 1 | 28 | 11 | 25 | Mtte | | | |
| 9 | Dorys Rojas Ortiz | 1123[illegible] 882 | 3223669287 | Doce de Octubre | Almuerzo | 1 | 28 | 11 | 25 | | | | |
| 10 | Angela Mª Pinzon | 3008[illegible] 677 | 3134157 6945 | Troyo | Almuerzo | 1 | 28 | 11 | 25 | | | | |
| 11 | Daisy Sanchez D. 026 | 59313 | 3013414059 | Inayeo | Almuerzo | 1 | 28 | 11 | 25 | | | | |
| 12 | Yudi Marcela Mejia D. | 1125 460928 | 3172936235. | CRA 14 #10-44. | Almuerzo | 1 | 28 | 11 | 25 | | | | |
| 13 | Shirley Ruiz E. | 36695 024 | 317 5616 98 | B. Centro | Almuerzo | 1 | 28 | 11 | 25 | Shirley Ruiz | | | |
| 14 | Soris Daza | 40330 252 | 3123921530 | Urania | Almuerzo | 1 | 28 | 11 | 25 | | | | |
| 15 | Adenis Barrau | 1125468 317 | 3144240131 | Unión | Almuerzo | 1 | 28 | 11 | 25 | | | | |
| 16 | Jaime Mahecha Gil | 18204 767 | 3202436684 | Palmeras | Almuerzo | 1 | 28 | 11 | 25 | | | | |
| 17 | Leidy Ospina N | 1006[illegible] 974 | 317581 4111 | Urania | Almuerzo | 1 | 28 | 11 | 25 | | | | |
| 18 | Diana M. Rivera M. | 52278 216 | 316.751 1471. | Unión | Almuerzo | 1 | 28 | 11 | 25 | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | |

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

| Fondo de Bienestar Social | Proceso Bienestar, Recreación, Cultura y Deporte<br>Formato Entrega Elementos Actividades de Bienestar | CÓDIGO: | F-M-2110- 27 |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN: | 1 |

# ENTREGA ELEMENTOS ACTIVIDADES DE BIENESTAR

GERENCIA DEPARTAMENTAL ☐ VALLEDUPAR — ESPECIFIQUE LA GERENCIA DE PERTENECE

NIVEL CENTRAL ☐

EVENTO - ACTIVIDAD - PROGRAMA: INTEGRACION DE FUNCIONARIOS

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 | Juan Harbey M.V | 1123 587 | 320916 0030 | Km 1. Carretera | Almuerzo | 1 | 28 | 11 | 2025 | | | | |
| 2 | Germán Nieves J | 42220 | 3168 | Centro | Almuerzo | 1 | 28 | 11 | 2025 | | | | |
| 3 | Lorena A. Barrera | | 3208 3 | B. San José | Almuerzo | 1 | 28 | 11 | 2025 | | | | |
| 4 | Dervenin Almeida S. | 100 | 3235 | B. / Juan | Almuerzo | 1 | 28 | 11 | 2025 | | | | |
| 5 | Yesy Rojas O. | 1254 | 322 | Acacias | Almuerzo | 1 | 28 | 11 | 2025 | | | | |
| 6 | Jhimy Quiceno | 86' 043 | 3103411 | Palmeras | Almuerzo | 1 | 28 | 11 | 25 | | | | |
| 7 | Daisy Tobon Sandoval | 59323 | 30 1344 4089 | Ingeniero | Almuerzo | 1 | 28 | 11 | 25 | | | | |
| 8 | Del Rosario Lopez | | 3109744 | Agricultura | Almuerzo | 1 | 28 | 11 | 25 | | | | |
| 9 | Orlando Bayona | | 3 | Centro | Almuerzo | 1 | 28 | 11 | 25 | | | | |
| 10 | Anderson Bayona | | | Palmas | Almuerzo | 1 | 28 | 11 | 25 | | | | |
| 11 | Juan R. Lozano S. | | 315 | la unión | Almuerzo | 1 | 28 | 11 | 25 | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | |

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

| FONDO DE BIENESTAR SOCIAL<br>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 ☒ EVENTO

| FECHA: 28 Noviembre de 2025 | LUGAR: Ficar Fabricato Maceplu |
|---|---|
| EVENTO O TEMA: Integración de funcionarios. | ENTIDAD A CARGO: Concejo. |

| N° | NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO / DEPENDENCIA | TELEFONO CONTACTO O EXT. | E-MAIL | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ANGIE VILLA VILLEGAS | A.O. Grado. 01 | 3228701223 | angie.villa@contraloria.gov. | |
| 2 | Ilsy Ximena Cuervo P | Coord. Gestión | 3122083320 | ilsy.cuervo@contraloria.gov.co | |
| 3 | HECTOR BUSTAMANTE | Coord. Gestión | 3176673628 | hector.bustamante@contraloria. | |
| 4 | Yuli Noguera | P.U Vigilancia | 3228439208 | yuli.noguera@contraloria.gov.co | |
| 5 | Kalia Castillo | P.U. Participac. Ciud. | 3145144401 | kcastillo@contraloria.gov.co | Kalia. |
| 6 | Martin Peña Ayala | P.U. Participación Ciudadana | 3173677849 | martin.pena@contraloria | Martin Peña |
| 7 | Mercedes Trinidad Cerrero | P.U. P.C. | 3125610607 | maria.trinidad@contraloria.gov.co | |
| 8 | Dasy Rojas Ortiz | A. Grado 03. | 3223669257 | dasy.rojas@contral. | |
| 9 | Angela Mª Pinzón Vb | P. Especial. 03 | 3134576995 | angelamaria.pinzon@contraloria.gov.co | |
| 10 | Dasy Yohana Sánchez D. | P. Universitario | 3013414059 | dasy.sanchez@contraloria.gov.co | |
| 11 | Yuli Marcela Mejía Duarte. | Secretaria Grado 4. | 3172936235. | yuli.mejia@gmail.com | |
| 12 | Shirley Ruiz E. | Secretaria Grado 4 | 3175651698 | shirley.ruiz@contraloria.gov.co | Shirley Ruiz E. |
| 13 | Johana Ropa | P.U. Vigilancia | 3228439202 | Johana.ropa@contra.gov.co | Johana C. |
| 14 | Saris Daza | PU 601/6DVF | 3123721530 | saris.daza@contraloriagov.co | |
| 15 | Lic Doris Barros Romero | PU 602/6RF | 3144240131 | ludbarros@contraloria.gov.co | |
| 16 | Jaime Mahecha Gil | Tecnologo Grado 01 | 3202436684 | jaime.mahecha@contraloria.gov. | |
| 17 | Leidy Ospina Neira | PU. 602 | 3175814111 | leidy.ospina@contraloriagov.co | |
| 18 | Diana Marcela Rivera Morato. | Contraloría Provincial | 3167511491. | diana.rivera@contrala. | |

| FONDO DE BIENESTAR SOCIAL<br>CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA | 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 ☐ EVENTO

| FECHA: 28/11/2025 | LUGAR: Fiscal Contraloría Maicao |
|---|---|
| EVENTO O TEMA: Actividad de Integración de Fraternidad | ENTIDAD A CARGO: Concejo |

| N° | NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO / DEPENDENCIA | TELEFONO CONTACTO O EXT. | E-MAIL | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Juan Harbey Mancipe V. | Contratar Financial Gerencia - Campes | 3209160030 | juan.mancipe@contraloria.gov.co | |
| 2 | Carmen Nora Lozano | CCN | 3168243683 | | |
| 3 | Lorena Andrea Pareo | Contraloría Gral. | 3208360703 | lorena.pareo@contraloria.gov.co | |
| 4 | Darwin Almeida Suarez | CGR. | 3235841075 | darwin.almeida@contraloria.gov.co | |
| 5 | Deisy Rojas OAI7 | CGR | 3223609257 | | |
| 6 | Jhimy Caicedo S | CGR | 310-3417699 | | |
| 7 | Daisy Bohorquez Sanchez | CGR | 3013914059 | daisy.sanchez@ | |
| 8 | Delfina Lopez M. | PV. 603 | 310 799 4373 | | |
| 9 | Orlando Benjumea | PV Cuesto 01 | 3158016312 | | |
| 10 | Anderson Bayoneto Tejera | Contador Provincial | 3214928690 | | |
| 11 | Ivan R Urbina S | CGR | 3158153171 | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |

| Fondo de Bienestar Social<br>CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA | Proceso Atención a Gerencias Departametales<br>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 Actividad Intra Funcional Fecha del evento 28/11/2025

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 Orlando Bonilla Teléfono 315-801.63.12

Cargo P.U Grado 01 E-mail obonilla.60@...

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 | | | | | | |
| 3 | Capacidad para dar soluciones y alternativas | | | | | | |
| 4 | Presentación personal | | | | | | |
| INSTALACIONES | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N.A. |
| 5 | Estado | | | | | X | |
| 6 | Seguridad | | | | | | |
| 7 | Aseo del lugar | | | | | X | |
| 8 | Espacio cómodo y adecuado | | | | | | |
| ALIMENTOS Y BEBIDAS | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N.A. |
| 9 | Presentación | | | | | X | |
| 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 | | | | | X | |
| 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 | | | | | | |
| 19 | Organización de evento | | | | | | |
| COMUNICACIÓN OPORTUNA POR PARTE DEL CONTRATISTA | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | N.A. |
| 20 | Comunicación oportuna | | | | | X | |
| 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 | | | | | X | |
| 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: | | todo bien |
| No. Pregunta: | | todo bien |
| No. Pregunta: | | todo bien. |

| Fondo de Bienestar Social | Proceso Atención a Gerencias Departametales<br>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 Actividad para Integración Fund Fecha del evento 28/11/2025

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 | Leidy Ospina Neira | Teléfono | 3175814111 |
| Cargo | P.U 602 | E-mail | leidy.ospina@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 | 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<br>CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA | Proceso Atención a Gerencias Departametales<br>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 Integracion Pag Funcionarios Fecha del evento 28/11/2025

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 | Germán Ramiro Lozano | Teléfono | 3168243683 |
| Cargo | Gerente | E-mail | germa.2011@hotmail.com |

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 | | | | | 5 | |
| 2 | Habilidad en la prestación del servicio | | | | | 5 | |
| 3 | Capacidad para dar soluciones y alternativas | | | | | 5 | |
| 4 | Presentación personal | | | | | 5 | |
| | **INSTALACIONES** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **N.A.** |
| 5 | Estado | | | | | 5 | |
| 6 | Seguridad | | | | | 5 | |
| 7 | Aseo del lugar | | | | | 5 | |
| 8 | Espacio cómodo y adecuado | | | | | 5 | |
| | **ALIMENTOS Y BEBIDAS** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **N.A.** |
| 9 | Presentación | | | | | 5 | |
| 10 | Calidad de los productos | | | | | 5 | |
| 11 | Porciones adecuadas | | | | | 5 | |
| 12 | Oportunidad en la entrega | | | | | 5 | |
| | **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 | | | | | 5 | |
| 18 | Distribución de los espacios | | | | | 5 | |
| 19 | Organización de evento | | | | | 5 | |
| | **COMUNICACIÓN OPORTUNA POR PARTE DEL CONTRATISTA** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **N.A.** |
| 20 | Comunicación oportuna | | | | | 5 | |
| 21 | Comunicación clara | | | | | 5 | |
| 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 | | | | | 5 | |
| 25 | Atención amable y cortes | | | | | 5 | |
| 27 | Información clara y suficiente | | | | | 5 | |

**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<br>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** Actividad Rec Interinstitucional **Fecha del evento** 28-11-2025

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 | Juan Manaipe Villa | Teléfono | 3209760030 |
| Cargo | Contralor Provincial | E-mail | Juan.manaipe@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 | | | | | | |
| 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 [ ] 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<br>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** Actividad Integración Funcionarios **Fecha del evento** 28/11/2025

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 _____ Teléfono _____

Cargo _____ 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 ____ 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<br>CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA | Proceso Atención a Gerencias Departametales<br>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 Actividad Intrucción Funcionarios Fecha del evento 28/11/2025

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 | Darwin Almeida Suarez | Teléfono | 3235891095 |
| Cargo | P.U. Grado 01 | E-mail | darwin.almeida@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 | Proceso Atención a Gerencias Departametales<br>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 Actividad Integración Financiero **Fecha del evento** 28/11/2025

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 Willi Noguera B **Teléfono** 3228439208

Cargo P.U. Vigilancia Fiscal **E-mail** wj.noguera@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 | | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| 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 | | | | | 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<br>CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA | Proceso Atención a Gerencias Departametales<br>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** Actividad Artes Plasticas **Fecha del evento** 28/11/2025

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 _____ Teléfono _____

Cargo _____ 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 ____ 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 | Proceso Atención a Gerencias Departametales<br>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** Integracion de Temporada **Fecha del evento** 28/11/2025

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 | Shirley Ruiz C. | Teléfono | 3175657698 |
| Cargo | Secretaria 604 | E-mail | Shirley.ruiz@contraloriagov.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<br>CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA | Proceso Atención a Gerencias Departametales<br>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** Actividad Jornada Farmacia **Fecha del evento** 28/11/2025

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 Liliana Vaca Quintanes Teléfono 3226822723

Cargo Profesional Univ. 2. E-mail liliana.vaca@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: | | |

| Fondo de Bienestar Social<br>CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA | Proceso Atención a Gerencias Departametales<br>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 Integración De funcionarios. Fecha del evento 28/11/25

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

**DATOS PERSONALES (OPCIONAL)**

Nombre ANGIE VILLA VILLEGAS Teléfono 3228701223

Cargo A.O Grado 07. E-mail angie.villa@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 | Proceso Atención a Gerencias Departametales<br>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 Integración de Fin de año Fecha del evento 28/11/25

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 Jenne Mahecha Teléfono 3202436684

Cargo Tecnologo Grado 01 E-mail jenne.mahecha@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 | |
| | **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: | | |

SAC CONSULTING
Auditorías • Asesorías • Interventorías

CERT. - 065-2025

## 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 el período correspondiente a mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre 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 el período correspondiente de mayo, junio, julio agosto, septiembre y octubre 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 el período correspondiente de mayo, julio, agosto, septiembre y octubre 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 veintiséis (26) días del mes de noviembre dos mil veinticinco (2025).



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

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** ********************************
********************************************************************
*******************************************************************

EL CONTADOR PUBLICO NO HA CUMPLIDO CON LA OBLIGACION DE ACTUALIZAR EL REGISTRO

Dado en BOGOTA a los 1 días del mes de Septiembre de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
**DIRECTOR GENERAL**

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

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