

FECHA DE SOLICITUD	16/12/2025					
RUBRO PRESUPUESTAL	C-2701-0800-39-20111D-2701048-02		No. Contrato BGA-031-2025			
CONCEPTO	Realización de los talleres del programa para fomentar el reconocimiento y cuidado de los servidores judiciales en las dimensiones: mental, espiritual, física y psicológica desde una visión integral, en las condiciones técnicas, de calidad requeridas por la entidad. (Informe Final Noviembre - Diciembre 2025)					
BENEFICIARIO:	COMFENALCO SANTANDER		NIT 890201578-7			
PAGOS CON RESERVA PRESUPUESTAL E INVERSIÓN						
VALOR UNIDAD 02	\$	71.066.701,00	CSF	No. CDP 1625	No. RP 1425	FRA SWE512883
VALOR UNIDAD 08	\$			No. CDP	No. RP	FRA.
VALOR UNIDAD 09	\$			No. CDP	No. RP	FRA.
TOTAL	\$	71.066.701,00				
PAGOS CON VIGENCIA ACTUAL						
VALOR SUBUNIDAD 221	\$			No. CDP	No. RP	FRA.
VALOR SUBUNIDAD 821	\$			No. CDP	No. RP	FRA.
VALOR SUBUNIDAD 921	\$			No. CDP	No. RP	FRA.
TOTAL	\$					
NOMBRE DE COORDINADOR DE AREA	Raúl Durán Corredor					
FIRMA						

GUIA PARA LA RADICACION DE DOCUMENTOS PARA PAGO AREA FINANCIERA				
DOCUMENTOS ANEXOS		SI	NO	NO APLICA
GASTOS GENERALES DE FUNCIONAMIENTO - INVERSION				
1	Cuenta de cobro (persona natural, No responsable de Iva) o Factura ELECTRONICA (Persona Natural Responsable de IVA, Régimen Común y Persona Jurídica) con el cumplimiento de los requisitos mínimos legales exigidos por la DIAN. Art. 617 E.T.	x		
2	Factura Electronica aprobada SIIF Nación	x		
3	Copia del RUT y Copia de la Certificacion Bancaria (Esta ultima en caso de solicitar cambio de cuenta)	x		
4	Copia Planilla Autoliquidación de Aportes de seguridad social de los ultimos 6 meses ó Certificación de pago al día de aportes, debidamente firmada por el Representante Legal y Contador Público Titulado o Revisor Fiscal de la empresa	x		
5	Cumplido(s) en original(es) del(os) supervisor (es) del contrato FIRMADO	x		
6	Entradas de Almacén (si lo requiere).			x
7	Acta de Corte de Obra, aprobada por el representante legal de la firma interventora del contrato, supervisores designados y Representante legal de la Entidad			x
8	Acta de Recibo Final del Contrato, aprobada por el representante legal de la firma interventora del contrato, supervisores designados y Representa legal de la Entidad			x
9	Oficio, memorando, resolucion y/o acto administrativo según sea el caso debidamente firmado			x
10	Certificacion de Infraestructura del tipo de modificacion al bien inmueble			x
11	Imagen de SECOP II de los documentos cargados para pago			x
12	Informe de los bienes muebles desinstalados e instalados presentado a Almacen e Inventarios (si lo requiere).			x



Raúl Durán Corredor
Nombre y Firma de quien elabora y/o tramita (Area Resp. Gasto)

Observaciones:

Firma de quien recibe y verifica documentos (Area Financiera)

Fecha recibido: _____ Hora recibido: _____

Firma Autorizacion de pago

- Requisitos de las Facturas / Documento equivalente**
Fecha autorizada para pago : _____
- a. Estar denominada expresamente como factura de venta.
b. Apellidos y nombre o razón y NIT del vendedor o de quien presta el servicio.
c. Apellidos y nombre o razón social y NIT del adquirente de los bienes o servicios, junto con la discriminación del IVA pagado
d. Llevar un número que corresponda a un sistema de numeración consecutiva de facturas de venta
e. Fecha de su expedición
f. Descripción específica o genérica de los artículos vendidos o servicios prestados
g. Valor total de la operación
h. El nombre o razón social y el NIT del impresor de la factura
i. Indicar la calidad de retenedor del impuesto sobre las ventas



INFORME DE SUPERVISIÓN FINAL BGA-031-2025

DATOS GENERALES

PERÍODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME	01/11/2025 - 10/12/2025
INFORME PERIÓDICO	
INFORME ÚNICO	
INFORME FINAL	X

DATOS DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR	RAUL DURAN CORREDOR
DEPENDENCIA	AREA TALENTO HUMANO- GRUPO ASUNTOS LABORALES SG-SST
CARGO	PROFESIONAL UNIVERSITARIO GRADO 11 COORDINADOR DE ASUNTOS LABORALES SG-SST

DATOS DEL CONTRATO SUPERVISADO

NÚMERO Y TIPO DE CONTRATO	BGA-031-2025
OBJETO	Realización de los talleres del programa para fomentar el reconocimiento y cuidado de los servidores judiciales en las dimensiones: mental, espiritual, física y psicológica desde una visión integral, en las condiciones técnicas, de calidad requeridas por la entidad.
CONTRATISTA	COMFENALCO SANTANDER.
FECHA DE CONTRATO	Junio 24 de 2025
NIT DEL CONTRATISTA	890.201.578-7
VALOR TOTAL	\$ 106.600.000,00
VALOR PERIODO	\$ 71.066.701,00
PLAZO	El plazo de ejecución del contrato será hasta el diez (10) de diciembre de 2025 inclusive o hasta agotar disponibilidad. Este término se contabiliza a partir de la suscripción del Acta de Inicio.
ADICIÓN	N/A
PRÓRROGA	N/A
SUSPENSIÓN	N/A
VENCIMIENTO PÓLIZAS Y GARANTÍAS	Aprobada en el Secop II

SEGUIMIENTO CONTRACTUAL

1. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES

DESCRIPCION OBLIGACIONES (Deberá hacer un recuento sucinto de las obligaciones contempladas en el Contrato y/o comunicación de Aceptación de Oferta)	DESCRIPCION ACTIVIDADES REALIZADAS POREL CONTRATISTA EN CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES
1. Suscribir el acta de inicio del contrato. Previo a la suscripción del acta de inicio, presentar cronograma de ejecución y hojas de vida del equipo mínimo de trabajo indicado en el Anexo de Especificaciones Técnicas.	Se dio cumplimiento a cabalidad esta obligación por parte de contratista en el periodo facturado.





2. Cumplir el objeto pactado en el contrato y las especificaciones técnicas previstas en los estudios previos, propuesta y Anexo de Especificaciones Técnicas.	Se dio cumplimiento a cabalidad esta obligación por parte de contratista en el periodo facturado.
3. Suministrar durante la ejecución el equipo mínimo de trabajo, personal administrativo y equipos necesarios para la prestación del servicio según el Anexo de Especificaciones Técnicas.	Se dio cumplimiento a cabalidad esta obligación por parte de contratista en el periodo facturado.
4. Cumplir condiciones técnicas, económicas y de gestión presentadas en su propuesta, garantizando la ejecución conforme a lineamientos de la Dirección Seccional y del supervisor.	Se dio cumplimiento a cabalidad esta obligación por parte de contratista en el periodo facturado.
5. Realizar el ciclo de talleres en modalidad coaching durante 3 días, 8 horas por día, 6 horas por sesión, abordando: cambio de paradigmas, reconciliación-paz, autocuidado-salud y salud mental.	Se dio cumplimiento a cabalidad esta obligación por parte de contratista en el periodo facturado.
6. Ejecutar actividades de formación presencial en horarios concertados con el supervisor para cumplir todas las horas pactadas.	Se dio cumplimiento a cabalidad esta obligación por parte de contratista en el periodo facturado.
7. Suministrar lugar del evento, medios audiovisuales, alimentación, materiales, equipos de cómputo e internet; asumir todos los costos logísticos.	Se dio cumplimiento a cabalidad esta obligación por parte de contratista en el periodo facturado.
8. Garantizar presencialidad de talleres durante 3 días, 8 horas por día, 6 por sesión, con aprobación de Asuntos Laborales SG-SST y asegurando participación de 95 servidores.	Se dio cumplimiento a cabalidad esta obligación por parte de contratista en el periodo facturado.
9. Citar al servidor judicial con mínimo 15 días de anticipación y dejar evidencia verificable.	Se dio cumplimiento a cabalidad esta obligación por parte de contratista en el periodo facturado.
10. Entregar a cada servidor: 1 libreta de apuntes, 4 cartillas guía y 4 guías de trabajo.	Se dio cumplimiento a cabalidad esta obligación por parte de contratista en el periodo facturado.
11. Entregar al supervisor material gráfico y publicitario para la divulgación de los eventos.	Se dio cumplimiento a cabalidad esta obligación por parte de contratista en el periodo facturado.
12. Asumir gastos de material didáctico, desplazamientos, transporte y personal adicional.	Se dio cumplimiento a cabalidad esta obligación por parte de contratista en el periodo facturado.
13. Presentar estrategia de convocatoria para intervención psicosocial y obtener aprobación previa del supervisor.	Se dio cumplimiento a cabalidad esta obligación por parte de contratista en el periodo facturado.
14. Asistir a reuniones técnicas de inducción y seguimiento junto con el equipo de trabajo.	Se dio cumplimiento a cabalidad esta obligación por parte de contratista en el periodo facturado.
15. Mantener indemne a la Entidad frente a reclamos o daños ocasionados por su personal.	Se dio cumplimiento a cabalidad esta obligación por parte de contratista en el periodo facturado.



16. Cumplir con legislación SST y ambiental vigente: Ley 1562 de 2012 y Decreto 1072 de 2015.	Se dio cumplimiento a cabalidad esta obligación por parte de contratista en el periodo facturado.
17. Entregar certificación de custodia de historias clínicas, las cuales permanecen a cargo del prestador de salud.	Se dio cumplimiento a cabalidad esta obligación por parte de contratista en el periodo facturado.
18. Mantener habilitación vigente en el REPS durante toda la ejecución contractual.	Se dio cumplimiento a cabalidad esta obligación por parte de contratista en el periodo facturado.
19. Informar al supervisor cualquier hecho que altere o dificulte la ejecución, incluyendo cambios de personal.	Se dio cumplimiento a cabalidad esta obligación por parte de contratista en el periodo facturado.
20. Suministrar información necesaria al supervisor para resolver dudas sobre alcance o modificaciones.	Se dio cumplimiento a cabalidad esta obligación por parte de contratista en el periodo facturado.
21. Entregar base de datos en Excel con asistentes (nombre, cédula, cargo, sede), firmada y en formatos del SIG de la Rama Judicial.	Se dio cumplimiento a cabalidad esta obligación por parte de contratista en el periodo facturado.
22. En caso de reemplazo del equipo de trabajo, garantizar igual o mejor experiencia y solicitar aprobación previa por escrito.	Se dio cumplimiento a cabalidad esta obligación por parte de contratista en el periodo facturado.
23. Formular y entregar informe de caracterización de salud psicosocial con metodología previamente aprobada.	Se dio cumplimiento a cabalidad esta obligación por parte de contratista en el periodo facturado.
24. OBLIGACIONES GENERALES: 1. Atender los requerimientos realizados por el supervisor del contrato en los tiempos establecidos en el cronograma aprobado por la Coordinación de Asuntos Laborales SG-SST, de las actividades a desarrollar. 2. Informar por medio del supervisor del contrato, cualquier hecho que dificulte o altere las condiciones normales de la ejecución, incluyendo los cambios en el personal destinado al cumplimiento del objeto del contrato. 3. Suministrar y entregar al Supervisor del contrato toda la información necesaria que éste requiera cuando surjan dudas sobre el alcance de modificaciones durante la ejecución del Contrato, con el fin de establecer la viabilidad de estas. 4. Suministrar al Supervisor del contrato, la información que le sea solicitada para verificar	Se dio cumplimiento a cabalidad esta obligación por parte de contratista en el periodo facturado.



el correcto y oportuno cumplimiento de las obligaciones que contrae. 5. Realizar los cambios y modificaciones que la Coordinación de Asuntos Laborales SG-SST, considere necesario incorporar respecto de los servicios y/o productos contratados, en virtud de las instrucciones, u observaciones dadas. 6. Acreditar, de conformidad con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, el cumplimiento del pago mensual de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, pensiones, riesgos laborales, Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Cajas de Compensación Familiar, mediante certificación expedida por el representante legal o revisor fiscal, según el caso. 7. Garantizar la calidad de los servicios prestados y responder por ello, de conformidad con lo estipulado por el artículo 5, numeral 4 de la Ley 80 de 1993. 8. Suministrar al supervisor del contrato, dentro de los tiempos requeridos, la información necesaria para elaborar el proyecto de acta de liquidación de este, dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la terminación del contrato, según lo dispuesto en el artículo 11 de la Ley 1150 de 2007. 9. Velar por la protección y cumplimiento de los derechos de autor. 10. Las demás obligaciones relacionadas con la naturaleza del servicio que se va a contratar.	
25. SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. El Consejo Superior de la Judicatura a través del Acuerdo PSAA16-10560 del 11 de agosto de 2016, adoptó la Política para el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo para la Rama Judicial, a cuya implementación se debe comprometer el futuro contratista.	Se dio cumplimiento a cabalidad esta obligación por parte de contratista en el periodo facturado.
26. OBLIGACIONES AMBIENTALES DEL CONTRATISTA En materia ambiental, el proveedor seleccionado, deberá acreditar en la ejecución del contrato, el cumplimiento de las siguientes obligaciones en materia ambiental: 1. Si se realiza actividad extramural en instalaciones de la Rama Judicial, el contratista debe presentar carta suscrita por el	Se dio cumplimiento a cabalidad esta obligación por parte de contratista en el periodo facturado.





representante legal, donde se comprometerse a la adopción e implementación del Plan de Gestión Ambiental de la Rama Judicial, durante la ejecución del contrato.	
2. Los entregables periódicos y finales deben realizarse en medio magnético, en caso de requerirse impresión que sea únicamente de informes finales; los cuales deben ser preferiblemente a doble cara, en papel de bajo gramaje (Max. 75 gr.), letra máximo Arial 11 y a espacio sencillo.	

2. ESTADO FINANCIERO

VALOR INICIAL CONTRATO UNIDAD EJECUTORA 02	\$ 106.600.000,00
VALOR TOTAL CONTRATO	\$ 106.600.000,00

UNIDAD EJECUTORA 02

CONCEPTO	VALOR CONTRATO	PAGO SERVICIO		SALDO
		FACTURA	VALOR	
VALOR INICIAL CONTRATO BGA-031-2025	\$ 106.600.000,00			\$ 106.600.000,00
INFORME DE SUPERVISIÓN No. 01		SWE 507633	\$ 35.533.299,00	\$ 71.066.701,00

La Empresa COMFENALCO, presenta la facturación que se relaciona a continuación:

FECHA	No. FACTURA	VALOR UNIDAD EJECUTORA 02
16/12/2025	SWE 512883	\$ 71.066.701,00
TOTAL FACTURADO		\$ 71.066.701,00

3. CONCEPTO DEL SUPERVISOR SOBRE EL CUMPLIMIENTO GENERAL DEL OBJETODEL CONTRATO.

Para el periodo certificado, el contratista ha prestado un buen servicio, dando cumplimiento a los tiempos establecidos en la propuesta presentada, brindando una atención oportuna a los servidores judiciales conforme al programa contratado.

4. INFORME GENERAL DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR EL CONTRATISTA.

El contratista para este periodo, ha prestado de manera satisfactoria el servicio contratado, dando cumplimiento a los tiempos establecidos en la propuesta presentada, brindando una atención oportuna a los servidores judiciales conforme al programa contratado.


RAUL DURAN CORREDOR
FIRMA SUPERVISOR

Fecha Elaboración: Diciembre 16 de 2025





IPS

Comfenalco Santander



IPS
Comfenalco
Santander



**Informe Programa para fomentar el reconocimiento y cuidado de los servidores judiciales
en las dimensiones: Mental, espiritual, física y psicológica desde una visión íntegra
Ser Judicial, Ser Humano**



Consejo Superior de la Judicatura
Dirección Seccional de
Administración Judicial
de Bucaramanga

**ELABORADO MEDIANTE CONTRATATO DE PRESTACION DE
SERVICIOS POR:**

IPS COMFENALCO SANTANDER

Bucaramanga, Diciembre de 2025

1. Introducción

El ejercicio profesional en la labor judicial demanda un alto nivel de compromiso, responsabilidad y entrega, así como, una constante exigencia de capacidades técnicas, emocionales y humanas de aquellos profesionales que la desempeñan. La responsabilidad de ser aquellos que administran la justicia de forma objetiva, empática y ética hace que los servidores judiciales se encuentren en situaciones en las que se les exija una alta presión, la cual puede llegar a generar en ellos un posible impacto significativo en su bienestar y salud integral cuando no se posee las estrategias adecuadas de autocuidado (López, Vázquez & Piñeros, 2019).

El programa de reconocimiento y cuidado integral del servidor judicial *Ser Judicial, Ser Humano*, surge como iniciativa para fortalecer la salud integral y el bienestar de los funcionarios desde una perspectiva bio-psico-socio-espiritual enfocada en entender al ser humano desde tres dimensiones fundamentales mental, física y espiritual (OMS, 2020). A través de acciones formativas, espacios de reflexión y ejercicios prácticos de autocuidado, se busca promover la autoconciencia, la resiliencia, el sentido de propósito y armonía interior como bases esenciales para el desarrollo personal y profesional de los servidores judiciales.

Más allá de un programa institucional, este programa se identifica como un acto que reconoce y valora al ser humano que hay detrás del rol judicial, de ese modo fortalecer una cultura organizacional basada en el respeto, la empatía y el equilibrio en todas sus dimensiones, entendiendo entonces que cuidar a quienes administran la justicia es a su vez una forma de Cuidar la justicia misma.

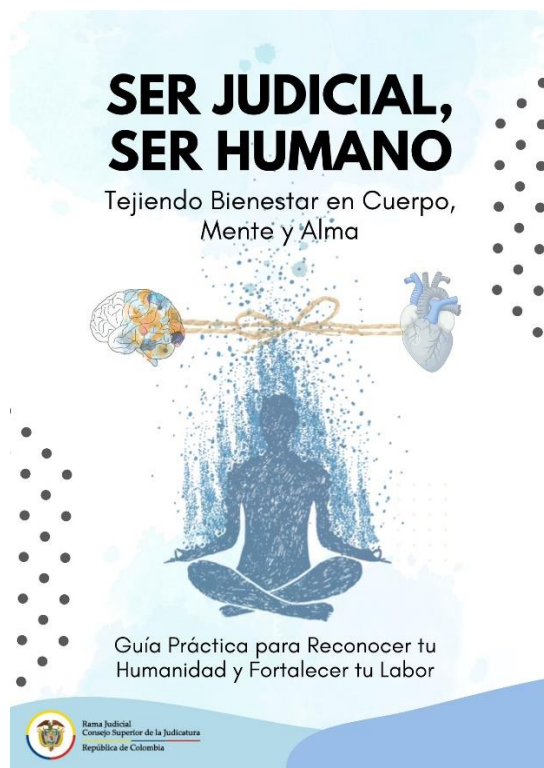
2. Objetivo

Fortalecer la salud integral y el bienestar de los funcionarios de la Rama Judicial desde una perspectiva bio-psico-socio-espiritual a través de acciones formativas, espacios de reflexión y ejercicios prácticos de autocuidado.

10. Anexos

Anexo 1.

Portada cartilla de actividades



Anexo 2.

Desarrollo de sesión.



Anexo 3.

Desarrollo de sesión.



Anexo 4.

Desarrollo de sesión.



Anexo 5.

Desarrollo de sesión.



Anexo 6.

Participantes.





IPS
Comfenalco
Santander



ASISTENCIAS



CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO SANTANDER
IPS COMFENALCO SANTANDER
FORMATO ASISTENCIA ACTIVIDADES EXTRAMURALES

Grupo 7

Fecha 14/10/2025
Empresa Rama Judicial
Profesional que realiza la actividad

Hora

DATOS DEL PARTICIPANTE

TIPO DE ACTIVIDAD Ser Judicial - Ser Humano - Riesgo Psicosocial

No.	IDENTIFICACION	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETO	AUTODIAGNOSIS DE MANA	TOMA DE OTOLINGIA	ESPIROMETRIA	INAGUE DE RELACION	TERAPIA DE RELACION	HIGIENE ORAL	TEST DE ESCUDOS	YOGA FACIAL	TAMBIEN VISUAL	OTRO:	Firma
1	1045424924	Wilson Steven Lora Lora										X	
2	91434809	Daniel Boudista Lora										X	
3	91.16.44.7	Edwin Morceno										X	
4	63539.930	Nerida Pineda Torres										X	
5	91247291	BERNARDO MANTILLA										X	
6	104876176	Alvaro Enrique Dingo Mantilla										X	
7	13832.048	Juan S. Navarrete G.										X	
8	1059.646654	Leidy Carolina Perez L.										X	
9	37550136	DIANA HULENA LEO										X	
10	37514991	Leonora Perez Pico										X	
11	104892290	Sandra Victoria Samaniego Latorre										X	
12	63542.219	Simón Renato Rosales										X	
13	91.536447	Alvaro A. Dávalos Acosta										X	
14	63340326	Mauricio Camacho Romero										X	
15	91491756	Carlos Alvarado										X	
16	109814123	Talissa Paola Silva U.										X	
17	61674825	Ana Rocio Pizarro										X	
18	1048733191	Nicolás Mauricio Jiménez Sánchez										X	
19	5726588	Angela M. Alvarado										X	
20	63344901	Leidy Johana Pineda										X	

Al diligenciar este documento, autorizo de manera expresa, expresa e irrevocable a la CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO SANTANDER a dar tratamiento de mis datos personales aquí consignados e imágenes fotográficas o técnicas capturadas por la Caja y de los datos personales e imágenes del menor de edad que represento, incluyendo el consentimiento expreso para tratar dichos datos con el conocimiento de que los datos serán incorporados en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.comfenalcosantander.com.co y/o en Avenida García Valencia No. 52-46 igualmente declaro haber informado a los otros titulares de los datos que proceso en este medio, que entregará sus datos a COMFENALCO SANTANDER y que paso su autorización para ello y para que se les de tratamiento conforme a las Finalidades consignadas en la mencionada Política, la cual que declaro conocer y estar informado que en ella se presentan los derechos que me asisten como titular y los canales de atención donde ejercerlos.

Código: FO-SL-4.1-488

Versión: 0

Fecha de aprobación: 04/Marzo/24

Responsable: Protección de Servicios ambulatorios de Salud

DATOS DEL PARTICIPANTE

TIPO DE ACTIVIDAD

No.	IDENTIFICACION	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETO	AUTODIAGNOSIS DE MANA	TOMA DE OTOLINGIA	ESPIROMETRIA	INAGUE DE RELACION	TERAPIA DE RELACION	HIGIENE ORAL	TEST DE ESCUDOS	YOGA FACIAL	TAMBIEN VISUAL	OTRO:	Firma
1	13746449	Paola A. Pineda										X	
2	3280.833	Jaime Barro B.										X	
3	46.667970	DANIEL DIAZ YANKE										X	
4	17164791	Sandra P. Yelanguin										X	
5	115335830	Sandra Arango										X	
6	37862523	Stefany Camacho Pineda										X	
7		Leidy Johana Pineda										X	
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													

Al diligenciar este documento, autorizo de manera expresa, expresa e irrevocable a la CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO SANTANDER a dar tratamiento de mis datos personales aquí consignados e imágenes fotográficas o técnicas capturadas por la Caja y de los datos personales e imágenes del menor de edad que represento, incluyendo el consentimiento expreso para tratar dichos datos con el conocimiento de que los datos serán incorporados en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.comfenalcosantander.com.co y/o en Avenida García Valencia No. 52-46 igualmente declaro haber informado a los otros titulares de los datos que proceso en este medio, que entregará sus datos a COMFENALCO SANTANDER y que paso su autorización para ello y para que se les de tratamiento conforme a las Finalidades consignadas en la mencionada Política, la cual que declaro conocer y estar informado que en ella se presentan los derechos que me asisten como titular y los canales de atención donde ejercerlos.

Código: FO-SL-4.1-488

Versión: 0

Fecha de aprobación: 04/Marzo/24

Responsable: Protección de Servicios ambulatorios de Salud



IPS
Comfenalco
Santander



CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO SANTANDER
IPS COMFENALCO SANTANDER
FORMATO ASISTENCIA ACTIVIDADES EXTRAMURALES

Grupo 1

Fecha 10 de febrero 2025
Empresa Benito Judicial
Profesional que realiza la actividad Alba Gomez- Karen Blanco

Hora 8-5:30 PM

DATOS DEL PARTICIPANTE

TIPO DE ACTIVIDAD

No.	IDENTIFICACION	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETO	AUTODIAGNOSTICO DE MANEJO	TOMA DE OTOSCOPIA	ESPIROMETRIA	MASAJE DE RELAJACION	TERAPIA DE RELAJACION	HIGIENE ORAL	TEST DE ESCOLIOSIS	VOSEA FACIAL	TAMIZAJE URINAL	OTRO:	Firma
1	1095929901	Wilson Arroyo Galy Galdames											
2	134822048	Juan S. Manera G.											
3	100137511639	HOLBERT MORALES G.											
4	375550136	DIANA MARIANA LEONOR											
5	91434809	Daniel Bautista Lora											
6	098761176	Alvaro Nino Maydilla											
7	63535930	Nelson Roldan Torres											
8	62306391	Sebastián J. Durán											
9	63542291	Silvia Patricia Rosado											
10	1098733191	Nicolás M. Jimenez Sanchez											
11	1098733191	Tatiana Paola Silva C.											
12	914477010	JUAN CARLOS TRUJILLO											
13	912472891	BENEDICTO MONTILLA											
14	41491256	Carlos F. Alvarado											
15	37897833	DANIEL PAUL D. DIAZ V.											
16	7161271	Julio Alvarado											
17	12563861	GILLO A. RIVERA N											
18	1098722390	SARAY S. SAMPEDRO S.											
19	9158747	ALVARO DIAZ ARVALO											
20	5226521	ARACELY ARIAS											

Al diligenciar este documento, autorizo de manera previa, expresa e inequívoca a la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO SANTANDER a dar tratamiento de mis datos personales aquí consignados e imágenes fotográficas o físicas capturadas por la Caja y de los datos personales e imágenes del menor de edad que represento, incluyendo el consentimiento explícito para tratar dichos servicios sin causarles la posibilidad de oponerse a ello, conforme a las finalidades contempladas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.comfenalcosantander.com.co y/o en Avenida González Valencia No. 52-03 igualmente declaro haber informado a los otros titulares de los datos que provienen de este medio, que entregué mis datos a COMFENALCO SANTANDER y que poseo su autorización para ello y para que se les de tratamiento conforme a las finalidades contempladas en la mencionada Política, la cual que declaro conocer y estar informado que en ella se presentan los derechos que me asisten como titular y los canales de atención donde ejercerlos

Código: FO-SL-4.1-088

Versión: 0

Fecha de aprobación: 04/Marzo/24

Subproceso: Prestación de Servicios ambulatorios de Salud

Profesional que realiza la actividad

DATOS DEL PARTICIPANTE

TIPO DE ACTIVIDAD

No.	IDENTIFICACION	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETO	AUTODIAGNOSTICO DE MANEJO	TOMA DE OTOSCOPIA	ESPIROMETRIA	MASAJE DE RELAJACION	TERAPIA DE RELAJACION	HIGIENE ORAL	TEST DE ESCOLIOSIS	VOSEA FACIAL	TAMIZAJE URINAL	OTRO:	Firma
1	63340376	MARIA GABRIELA DELGADO											
2	37514991	Leonora Perez Pico											
3	46667920	Sandra Velandria A.											
4	37862523	Laura Romero											
5	115721638	Steven Sanchez Torres											
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													

Al diligenciar este documento, autorizo de manera previa, expresa e inequívoca a la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO SANTANDER a dar tratamiento de mis datos personales aquí consignados e imágenes fotográficas o físicas capturadas por la Caja y de los datos personales e imágenes del menor de edad que represento, incluyendo el consentimiento explícito para tratar dichos servicios sin causarles la posibilidad de oponerse a ello, conforme a las finalidades contempladas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.comfenalcosantander.com.co y/o en Avenida González Valencia No. 52-03 igualmente declaro haber informado a los otros titulares de los datos que provienen de este medio, que entregué mis datos a COMFENALCO SANTANDER y que poseo su autorización para ello y para que se les de tratamiento conforme a las finalidades contempladas en la mencionada Política, la cual que declaro conocer y estar informado que en ella se presentan los derechos que me asisten como titular y los canales de atención donde ejercerlos

Código: FO-SL-4.1-088

Versión: 0

Fecha de aprobación: 04/Marzo/24

Subproceso: Prestación de Servicios ambulatorios de Salud



CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO SANTANDER
IPS COMFENALCO SANTANDER
FORMATO ASISTENCIA ACTIVIDADES EXTRAMURALES

Fecha Octubre 26
Empresa Dama Judicial
Profesional que realiza la actividad _____

Hora 8-

DATOS DEL PARTICIPANTE		TIPO DE ACTIVIDAD											Firma	
No.	IDENTIFICACION	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETO	AUTOTRATAMIENTO DE MANA	TOMA DE OTOLÓGIA	ESPIROMETRIA	MASAJE DE RELAJACION	TEMPERA DE RELAJACION	TEMPERA DE RELAJACION	HIGIENE OIAL	TEST DE RECLUSOS	YOGA FACIAL	TAMIZAJE VISUAL		OTRO:
1	1095029901	Wilson Steven Gola C.												
2	1098761176	Alonso Diao Mendillo												
3	11434809	Daniel Bautista Lora												
4	1098733191	Nicolas H. Jimenez S												
5	39550126	Diana Lora												
6	37929291	Jadeline Garcia M.												
7	3346809	Andrés Gola												
8	63305354	Sandra Domínguez												
9	5726584	Amelia ME Alcaraz												
10	91447070	JUAN CARLOS TUNCO												
11	109668058	Sara Juliana Robledo												
12	32810233	DANIEL BARRIN DIAZ VANDER												
13	115838088	Stefany Camacho												
14	11491735	Carlos Alvarado												
15	34511639	VALERIA FLORES G.												
16	1018784973	Leticia Paola Silva U.												
17	63340326	RAISA CAMACHO G.												
18	54802523	Lorena Juliana Barron												
19	91520435	MIGUEL CASTRO												
20	137478448	Sandra Lora												

Al diligenciar este documento, autorizo de manera previa, expresa e irrevocable a la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO SANTANDER a dar tratamiento de mis datos personales aquí consignados a fines de carácter administrativo o fotográfico o filmar capturas por la Caja y de los datos personales e imágenes del menor de edad que represento, incluyendo el consentimiento expreso para tratar datos sensibles con conocimiento de los fines de su tratamiento en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.comfenalcosantander.com.co y en los Estados Generales de Información No. 52 del 2014, declaro haber informado a los otros titulares de los datos que provienen de este medio, que entregará sus datos a COMFENALCO SANTANDER y que por lo tanto autoriza para ello y para que se los da tratamiento conforme a las finalidades consignadas en la mencionada Política, la cual que declaro conocer y autorizo informado que en ella se presentan los derechos que me asisten como titular y los canales de atención donde ejercerlos.

Código: FO-SL-4.1-088 Versión: 9 Fecha de aprobación: 04/Marzo/2016 Indagación: Prestación de Servicios administrativos de Salud



CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO SANTANDER
IPS COMFENALCO SANTANDER
FORMATO ASISTENCIA ACTIVIDADES EXTRAMURALES

Fecha Octubre 15
Empresa Dama Judicial
Profesional que realiza la actividad IPS Comfenalco

Hora 8-5:30pm

DATOS DEL PARTICIPANTE		TIPO DE ACTIVIDAD											Firma	
No.	IDENTIFICACION	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETO	AUTOTRATAMIENTO DE MANA	TOMA DE OTOLÓGIA	ESPIROMETRIA	MASAJE DE RELAJACION	TEMPERA DE RELAJACION	TEMPERA DE RELAJACION	HIGIENE OIAL	TEST DE RECLUSOS	YOGA FACIAL	TAMIZAJE VISUAL		OTRO:
1	13954892	Angel Uriel Galarza P.												
2	37538967	Isabella Patricia Torres B												
3	7-185031	Daniel Bautista												
4	37559300	Adriana Sanabria Nino												
5	57944233	Sandra Domínguez												
6	1100955249	María Andrea Vezga												
7	1048660519	Andrés Domínguez												
8	91507892	Rafael D. Vezga												
9	63201193	Norma Sandoval												
10	1098706282	Nathalia N.C. Fierro G												
11	63336553	WILSON DOMÍNGUEZ												
12	1098638424	M. Camille Díaz L.												
13		epetilio Sandoval												
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														

Al diligenciar este documento, autorizo de manera previa, expresa e irrevocable a la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO SANTANDER a dar tratamiento de mis datos personales aquí consignados a fines de carácter administrativo o fotográfico o filmar capturas por la Caja y de los datos personales e imágenes del menor de edad que represento, incluyendo el consentimiento expreso para tratar datos sensibles con conocimiento de los fines de su tratamiento en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.comfenalcosantander.com.co y en los Estados Generales de Información No. 52 del 2014, declaro haber informado a los otros titulares de los datos que provienen de este medio, que entregará sus datos a COMFENALCO SANTANDER y que por lo tanto autoriza para ello y para que se los da tratamiento conforme a las finalidades consignadas en la mencionada Política, la cual que declaro conocer y autorizo informado que en ella se presentan los derechos que me asisten como titular y los canales de atención donde ejercerlos.



IPS
Comfenalco
Santander



IPS COMFENALCO SANTANDER
FORMATO ASISTENCIA ACTIVIDADES EXTRAMURALES

Fecha Noviembre 10
Empresa Ramo Judicial
Profesional que realiza la actividad _____

Hora 8-5:30 PM

DATOS DEL PARTICIPANTE			TIPO DE ACTIVIDAD										Firma
No.	IDENTIFICACION	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETO	AUTODIAGNOSTICO DE INJURIA	TOMA DE CITIOLOGIA	ESPIROMETRIA	ANALISIS DE RELACION	TERAPIA DE RELACION	HIJERNE ORAL	TEST DE DECODIFICACION	YOGA FACIAL	TAMIZAJE VISUAL	OTRO:	
1	37513-967	Isabel Cristina Torres											[Firma]
2	1098196-287	Nathalia A.C. Fúez											[Firma]
3	1098638421	Maria Camila Diaz											[Firma]
4	63301193	Hanna Ines Stausch											[Firma]
5	1100455289	María Andrea Vargas											[Firma]
6	1098638421	Nathalia A.C. Fúez											[Firma]
7	37513-967	Isabel Cristina Torres											[Firma]
8	63336-553	Luz Amparo Puentes											[Firma]
9	37944-233	Genia Amado											[Firma]
10	1109692	Ruben D. Vargas											[Firma]
11	13959892	Angel U. G. G. G.											[Firma]
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													

Al diligenciar este documento, autorizo de manera previa, expresa e inequívoca a la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO SANTANDER a dar tratamiento de mis datos personales aquí consignados e imágenes fotográficas o filmadas capturadas por la Caja y de los datos personales e imágenes del menor de edad que represento, incluyendo el consentimiento explícito para tratar dichos sensibles sus conociendo la posibilidad de oponerse a ellos, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.comfenalco.com.co y/o en Avenida González Valencia NO. 52-69 igualmente declaro haber informado a los otros titulares de los datos que proveo en este medio, que entregará sus datos a COMFENALCO SANTANDER y que poseo su autorización para ello y para que se les de tratamiento conforme a las finalidades consignadas en la mencionada Política, la cual se declara conocer y estar informado que en ella se presentan los derechos que me asisten como titular y los canales de atención donde ejercerlos

Código: FO-SL-4.1-088 Versión: 0 Fecha de aprobación: 04/Marzo/24 Subproceso: Prestación de Servicios ambulatorios de Salud

FORMATO ASISTENCIA ACTIVIDADES EXTRAMURALES

Fecha Dic. 2/2025
Empresa Ramo Judicial
Profesional que realiza la actividad _____

Hora 8-

DATOS DEL PARTICIPANTE			TIPO DE ACTIVIDAD										Firma
No.	IDENTIFICACION	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETO	AUTODIAGNOSTICO DE INJURIA	TOMA DE CITIOLOGIA	ESPIROMETRIA	ANALISIS DE RELACION	TERAPIA DE RELACION	HIJERNE ORAL	TEST DE DECODIFICACION	YOGA FACIAL	TAMIZAJE VISUAL	OTRO:	
1	13954692	Angel Daniel G. G. G.											[Firma]
2	37513-967	Isabel Cristina Torres											[Firma]
3	1098638421	Maria Camila Diaz											[Firma]
4	1100455289	María Andrea Vargas											[Firma]
5	63301193	Hanna Ines Stausch											[Firma]
6													
7	7-185-201	Daniel G. G. G.											[Firma]
8	8-40-000	Pedro Nunez G.											[Firma]
9	91-493-261	Ruben D. Vargas											[Firma]
10	1098692	Ruben D. Vargas											[Firma]
11	63336-553	Luz Amparo Puentes											[Firma]
12	37513-967	Isabel Cristina Torres											[Firma]
13	1098196-287	Nathalia A.C. Fúez											[Firma]
14	37944-233	Genia Amado											[Firma]
15	1098638421	Maria Camila Diaz											[Firma]
16													
17													
18													
19													
20													

Al diligenciar este documento, autorizo de manera previa, expresa e inequívoca a la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO SANTANDER a dar tratamiento de mis datos personales aquí consignados e imágenes fotográficas o filmadas capturadas por la Caja y de los datos personales e imágenes del menor de edad que represento, incluyendo el consentimiento explícito para tratar dichos sensibles sus conociendo la posibilidad de oponerse a ellos, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.comfenalco.com.co y/o en Avenida González Valencia NO. 52-69 igualmente declaro haber informado a los otros titulares de los datos que proveo en este medio, que entregará sus datos a COMFENALCO SANTANDER y que poseo su autorización para ello y para que se les de tratamiento conforme a las finalidades consignadas en la mencionada Política, la cual se declara conocer y estar informado que en ella se presentan los derechos que me asisten como titular y los canales de atención donde ejercerlos

Código: FO-SL-4.1-088 Versión: 0 Fecha de aprobación: 04/Marzo/24 Subproceso: Prestación de Servicios ambulatorios de Salud



IPS
Comfenalco
Santander



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO SANTANDER
www.comfencosantander.com.co

NIT.890.201.578-7

AV. GONZALEZ VALENCIA N° 52 - 69 -PBX 6577000

BUCARAMANGA - COLOMBIA

GRANDES CONTRIBUYENTES RESOLUCIÓN 2509 Dic. 03/93

No somos agentes retenedores de IVA para No Responsable de Impuesto a las Ventas

INFORMACIÓN DEL CENTRO DE COSTO

Nombre del Centro de Costo:
NIT 890201578-7

Dirección y Teléfono:
CALLE 34 No 26 - 03 6076577000 Opc 1

Ciudad:
BUCARAMANGA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA NoSWE 512883

Fecha y hora de generación factura: 16/12/2025 12:00:00 AM
Fecha y hora de expedición: 16/12/2025 10:23:21 AM
Fecha de Vencimiento: 14/01/2026

Resolución DIAN No: 18764070695439 de 2024/05/15
Numeración Autorizada: SWE-410001 al SWE-610000

INFORMACIÓN DEL CLIENTE (TERCERO)

Cliente: RAMA JUDICIAL
Identificación: 800165941
Dirección: CR 11 # 34 -52 P 5
Tipo de Operación:
E-mail: SIIFNACION.FACTURAELECTRONICA@MINHACIENDA.GOV.CO
Teléfono: 6843831
Ciudad: BUCARAMANGA
Nit: 800165941
Total ítems: 3
Tipo Cliente: EMPRESA
Categoría: A

INFORMACIÓN DEL USUARIO

Afiliado Dependiente/Particular: Identificación:

Descripción:

DETALLE DOCUMENTO

No PRODUCTO	DESCRIPCIÓN	CANT	VR. UNIT	%IVA	%IC	TOTAL
5403	TALLER PSICOSOCIAL BUCARAMANGA	1	18,133,333.00	0.00	0.00	18,133,333.00
5403	TALLER PSICOSOCIAL BUCARAMANGA	1	28,066,700.00	0.00	0.00	28,066,700.00
5521	TALLER PSICOSOCIAL SAN GIL	1	24,866,668.00	0.00	0.00	24,866,668.00

SUBTOTAL 71,066,701.00

DESCUENTO

TOTAL 71,066,701.00

IVA 0.00

ANTICIPOS 0.00

TOTAL A PAGAR 71,066,701.00

SON SETENTA Y UN MILLONES SESENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS UN PESO(S) CON CERO CENTAVO(S)

MEDIO DE PAGO Crédito Ahorro

CRÉDITO	71,066,701.00	TARJETA CRÉDITO	0.00	BANCO	CUENTA	N° CUENTA
EFFECTIVO	0.00	VALERA EMPLEADO	0.00	GNB Sudameris	Cuenta Corriente	401007554
CONSIGNACIÓN	0.00	SUBSIDIO A LA DEMANDA	0.00			
TARJETA DÉBITO	0.00	ABONOS REALIZADOS	0.00			
BONO MULTISERVICIO	0.00	OTROS TIPOS DE PAGO	0.00			

Favor consignar única y exclusivamente en el banco seleccionado a nombre de Comfenalco Santander

OBSERVACIONES:

#S27-01-02-021;BGA-031-2025;RDURANC@CENDOJ.RAMAJUDICIAL.GOV.CO#

ACEPTADA (FIRMA Y SELLO)

Esta factura causará intereses de mora a la tasa vigente transcurrido 30 días a partir de la fecha de su expedición. Artículo 12 de La Ley 446 de 1988.

Esta factura se asimilará en sus efectos a la letra de cambio, según el artículo 774 y 779 del Código de comercio.

ABSTENERSE DE APLICAR RETENCION EN LA FUENTE ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO.

Elaborado por: CHAPARRO VEGA SONIA

Nombre:

CC:

Aprobado por:

Representante Legal y/o Persona Autorizada

VIGILADO SuperSubsidio



9cbcb7447cd6dfe69b653f65654de04341212963ce595de79de005a4758efa1deedd7d8d881d2a4bd56f4502e6d9690

SOFTWARE

**EL REVISOR FISCAL DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMFENALCO SANTANDER**

CERTIFICA QUE:

De conformidad con el artículo 50 de la ley 789 de diciembre 27 de 2002, la **CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO SANTANDER** con NIT 890.201.578-7, ha cancelado lo correspondiente al pago de sus aportes al sistema de seguridad Social Integral (Salud, Pensión y ARL) y parafiscales (Caja de Compensación Familiar, ICBF y SENA); en los seis (6) meses anteriores a la emisión de esta certificación; encontrándose a paz y salvo por estas obligaciones.

La presente se expide con destino al interesado, en la ciudad de Bucaramanga a los dos (2) días del mes de diciembre 2025.

Cordialmente,



FAUSTINO PINTO RUBIO
Revisor Fiscal
T.P: 45201 -T

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	890201578
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO SANTANDER	
CIUDAD/MUNICIPIO:		BUCARAMANGA DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	AVENIDA GONZALEZ VALENCIA		TELÉFONO: 6577000
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	A-MAS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de planes de seguridad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	001 - PRINCIPAL
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA				
NÚMERO PLANILLA:	7994954304		TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN:	MES:	octubre	PERIODO COTIZACIÓN:	MES: noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/11/12		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1922788068

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	138	\$ 66.686.900
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	333	\$ 214.477.400
8002279406	231001	231001-COLFONDOS	40	\$ 26.557.300
8002530552	230901	230901-SKANDIA OBLIGATORIO	4	\$ 3.004.400
8002248088	230301	230301-PORVENIR	250	\$ 113.920.100
SUBTOTAL:			765	\$ 424.646.100
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9002267153	ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	4	\$ 1.331.200
9009142541	EPS046	EPS046-SALUD MIA EPS	35	\$ 14.117.600
8300035647	EPS017	EPS017-FAMISANAR	54	\$ 40.303.000
9002267153	EPS042	EPS042 - COOSALUD	4	\$ 1.451.700
8060083947	ESSC07	ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	1	\$ 213.000
9010379161	MIN001	MIN001-ADRES	1	\$ 178.000
9001562642	EPS041	NUEVA EPS CM	17	\$ 4.254.800
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	145	\$ 69.810.600
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	220	\$ 84.352.400
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	229	\$ 109.795.400
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	91	\$ 33.709.900
SUBTOTAL:			801	\$ 359.517.600
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8902015787	CCF40	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	784	\$ 115.461.900
SUBTOTAL:			784	\$ 115.461.900
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002261753	14-25	14-25-COLMENA	801	\$ 35.901.800
SUBTOTAL:			801	\$ 35.901.800

OTROS PARAFISCALES				
NIT		CÓDIGO	ADMINISTRADORA	
			NOMBRE	
8999990341		PASENA	PASENA-SENA	784
8999992392		PAICBF	PAICBF-ICBF	784
			SUBTOTAL:	\$ 144.359.400

VALOR SIN MORA:	\$ 1.079.886.800
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 1.079.886.800





Pago exitoso

Número de autorización 733202

miércoles, 12 de noviembre de 2025, 7:27:33 AM

Detalle

\$1,079,886,800.00

Valor Pagado

IVA incluído: \$0.00

Pago a: SOI ACH

Débito desde: Cuenta corriente *****1197

Descripción: ada de Seguridad Social y Parafisacales

Fecha y hora inicio transacción 2025-11-12 7:26:25

NIT del comercio 9998300785126

Número de factura 7994954304

Código Único de Seguimiento 1922788068

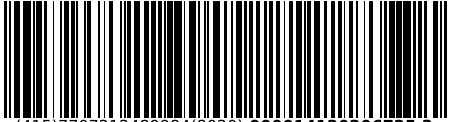
Dirección IP: 200.116.211.170

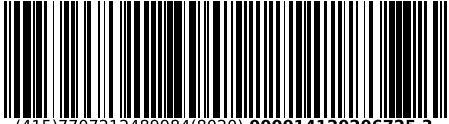
Referencia 1: 10.80.25.153

Referencia 2: NI

Referencia 3: 890201578

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 141202067253			
(415)7707212489984(8020) 000014120206725 3							
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
8 9 0 2 0 1 5 7 8		7		Operativa de Grandes Contribuyentes		3 1	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente		25. Tipo de documento		26. Número de Identificación			
Persona jurídica		1					
Lugar de expedición		28. País		29. Departamento		30. Ciudad/Municipio	
31. Primer apellido		32. Segundo apellido		33. Primer nombre		34. Otros nombres	
35. Razón social							
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO SANTANDER							
36. Nombre comercial				37. Sigla			
UBICACIÓN							
38. País		39. Departamento		40. Ciudad/Municipio			
COLOMBIA		Santander		Bucaramanga		0 0 1	
41. Dirección principal							
AV GONZALEZ VALENCIA 52 69							
42. Correo electrónico financiera@comfenalcosantander.com.co							
43. Código postal				44. Teléfono 1			
				6 0 7 6 5 7 5 8 2 9			
				45. Teléfono 2			
				6 0 7 6 5 7 7 0 0 0			
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código		47. Fecha inicio actividad		48. Código		49. Fecha inicio actividad	
8 4 3 0		2 0 1 2, 1 2, 1 1		4 1 1 1		2 0 0 3, 0 7, 1 0	
50. Código		51. Código		52. Número establecimientos			
7 1 1 2		8 2 3 0					
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26							
53. Código 5 7 8 9 1 3 1 4 4 2 4 8 5 2 5 5							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario 48- Impuesto sobre las ventas - IVA							
07- Retención en la fuente a título de renta 52 - Facturador electrónico							
08- Retención timbre nacional 55 - Informante de Beneficiarios Finales							
09- Retención en la fuente en el impuesto							
13- Gran contribuyente							
14- Informante de exogena							
42- Obligado a llevar contabilidad							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código				55. Forma			
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				56. Tipo			
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20				Servicio			
				1 2 3			
				57. Modo			
				58. CPC			
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación							
Para uso exclusivo de la DIAN							
59. Anexos SI NO X				60. No. de Folios: 0			
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada:			
				984. Nombre CORTES NIÑO LUIS HERNAN			
				985. Cargo Representante legal Certificado			

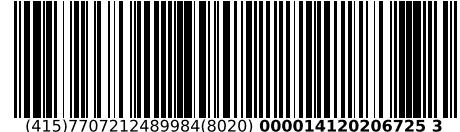
DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
Espacio reservado para la DIAN				Página 2 de 4 Hoja 2			
				4. Número de formulario 141202067253			
 (415)7707212489984(8020) 000014120206725 3							
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
8 9 0 2 0 1 5 7 8		7		Operativa de Grandes Contribuyentes		3 1	
Características y formas de las organizaciones							
62. Naturaleza		2		63. Formas asociativas			
65. Fondos				66. Cooperativas			
68. Sin personería jurídica				69. Otras organizaciones no clasificadas		8	
				64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados			
				67. Sociedades y organismos extranjeros			
				70. Beneficio		2	
Constitución, Registro y Última Reforma							
Documento		1. Constitución		2. Reforma			
71. Clase		0 8					
72. Número		2 2 3					
73. Fecha		1 9 6 7 1 2 0 5					
74. Número de notaría							
75. Entidad de registro		0 4					
76. Fecha de registro		1 9 6 7 1 2 0 5					
77. No. Matricula mercantil							
78. Departamento		6 8					
79. Ciudad/Municipio		0 0 1					
Vigencia							
80. Desde		1 9 6 7 1 2 0 5					
81. Hasta		3 0 0 0 1 2 3 1					
Composición del Capital							
82. Nacional		1 0 0 %					
83. Nacional público		0 . 0 %					
84. Nacional privado		1 0 0 . 0 %					
85. Extranjero		0 %					
86. Extranjero público		0 . 0 %					
87. Extranjero privado		0 . 0 %					
Entidad de vigilancia y control							
88. Entidad de vigilancia y control							
Superintendencia de Subsidio Familiar							
6							
Estado y Beneficio							
Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV			
1	8 0	2 0 1 6 0 1 0 1		-			
2	7 4	2 0 1 9 0 1 0 1	8 6 0 0 2 8 5 8 0	- 2			
3	7 4	2 0 1 9 0 1 0 1	9 0 0 3 9 9 7 4 1	- 7			
4				-			
5				-			
Vinculación económica							
93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial			95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante		96. DV.	
97. Nombre o razón social de la matriz o controlante							
170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior		171. País		172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP			
173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP							

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario Representación				001	
Espacio reservado para la DIAN				Página 3 de 4 Hoja 3			
				4. Número de formulario 141202067253			
 (415)7707212489984(8020) 000014120206725 3							
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
8 9 0 2 0 1 5 7 8		7		Operativa de Grandes Contribuyentes		3 1	
Representación							
98. Representación REPRS LEGAL PRIN 1 8				99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 0 1 0 1 2 3			
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadaní 1 3		101. Número de identificación 1 3 8 4 4 6 5 8		102. DV		103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido CORTES		105. Segundo apellido NIÑO		106. Primer nombre LUIS		107. Otros nombres HERNAN	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV		110. Razón social representante legal			
98. Representación REPRS LEGAL SUPL 1 9				99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 1 1 0 6 1 5			
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadan 1 3		101. Número de identificación 6 3 3 0 8 0 6 3		102. DV		103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido GRANDAS		105. Segundo apellido GARCES		106. Primer nombre LIDIA		107. Otros nombres AYDE	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV		110. Razón social representante legal			
98. Representación REPRS LEGAL SUPL 1 9				99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 2 4 1 0 0 1			
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadan 1 3		101. Número de identificación 6 3 3 4 8 0 5 3		102. DV		103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido OROSTEGUI		105. Segundo apellido PRIETO		106. Primer nombre MARIA		107. Otros nombres JOSE	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV		110. Razón social representante legal			
98. Representación REPRS LEGAL SUPL 1 9				99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 2 4 1 0 0 1			
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadan 1 3		101. Número de identificación 9 1 2 5 5 3 6 5		102. DV		103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido CASTRO		105. Segundo apellido CONTRERAS		106. Primer nombre JOSE		107. Otros nombres LUIS	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV		110. Razón social representante legal			
98. Representación				99. Fecha inicio ejercicio representación			
100. Tipo de documento		101. Número de identificación		102. DV		103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido		105. Segundo apellido		106. Primer nombre		107. Otros nombres	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV		110. Razón social representante legal			

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141202067253



(415)7707212489984(8020) 000014120206725 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 9 0 2 0 1 5 7 8

6. DV

7

12. Dirección seccional

Operativa de Grandes Contribuyentes

14. Buzón electrónico

3 1

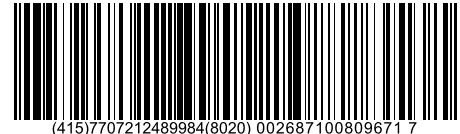
Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal	124. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	125. Número de identificación 1 9 3 6 2 5 1 1	126. DV 4	127. Número de tarjeta profesional 4 5 2 0 1 T
	128. Primer apellido PINTO	129. Segundo apellido RUBIO	130. Primer nombre FAUSTINO	131. Otros nombres
	132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada	
	135. Fecha de nombramiento 2 0 2 2 0 8 1 7			
Revisor fiscal suplente	136. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	137. Número de identificación 9 1 2 4 9 3 3 7	138. DV 8	139. Número de tarjeta profesional 5 1 8 9 9 T
	140. Primer apellido PEREZ	141. Segundo apellido CARDOZO	142. Primer nombre HECTOR	143. Otros nombres
	144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada	
	147. Fecha de nombramiento 2 0 2 2 0 8 1 7			
Contador	148. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	149. Número de identificación 1 1 0 5 6 7 6 7 1 7	150. DV 5	151. Número de tarjeta profesional 1 6 3 3 9 7 T
	152. Primer apellido SANCHEZ	153. Segundo apellido REYES	154. Primer nombre JENIFFER	155. Otros nombres PAOLA
	156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada	
	159. Fecha de nombramiento 2 0 2 3 0 4 0 1			

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario 2 6 8 7 1 0 0 8 0 9 6 7 1 7



(415)7707212489984(8020) 002687100809671 7

Datos del reportante

20. Tipo de documento	18. Número de identificación	6. DV	12. Dirección seccional	Cód.
3 1	8 9 0 2 0 1 5 7 8	7	Operativa de Grandes Contribuyentes	3 1

11. Denominación o razón social

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO SANTANDER

Confirmación de la información reportada

65. ¿Identificó y reportó la TOTALIDAD de los beneficiarios finales?

SI

66. Justificación

Acciones al portador

24. En su cadena de propiedad tiene una o más persona(s) jurídica(s) con acciones al portador

NO

25. Tiene información de los beneficiarios finales de la(s) persona(s) jurídica(s) con acciones al portador

SI

Datos personas jurídicas con acciones al portador

	26. Número de Identificación Tributaria - NIT	27. País de expedición del NIT	Cód.	28. Razón social
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Firma de quien suscribe el documento

1001. Nombre y apellidos CORTES NIÑO LUIS HERNAN
1002. Tipo documento Cédula de Ciudadanía
1003. No. de Identificación 1 3 8 4 4 6 5 8
1006. Organización CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO SANTANDER

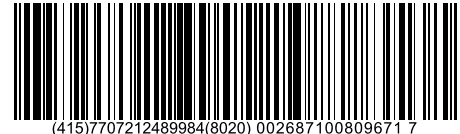


997. Fecha de expedición 2 0 2 3-0 7-2 8/1 6:0 8:5 4

Espacio reservado para la DIAN



Página 2 de 2 Hoja No. 2
4. Número de formulario 2 6 8 7 1 0 0 8 0 9 6 7 1 7



(415)7707212489984(8020) 002687100809671 7

Datos beneficiarios finales

29. Tipo de documento 1 3	30. Número de identificación 13844658	31. País de expedición COLOMBIA	Cód. 1 6 9	32. Número de Identificación Tributaria - NIT 13844658	33. País de expedición del NIT COLOMBIA	Cód. 1 6 9
34. Primer apellido CORTES		35. Segundo apellido NIÑO		36. Primer nombre LUIS		37. Otros nombres HERNAN
38. Fecha de nacimiento 1 9 5 7 0 9 2 8		39. País de nacimiento COLOMBIA		Cód. 1 6 9	40. País de nacionalidad COLOMBIA	
Cód. 1 6 9		42. Departamento Santander		Cód. 6 8	43. Ciudad / Municipio Bucaramanga	
44. Dirección CALLE 42 No 28-28 TORRE A AP 1103						
45. Código postal 680003		46. Correo electrónico direccion@comfenalcosantander.com.co				
47. Titularidad No		Cód. 4	48. Beneficio No		Cód. 8	49. Control por otro medio NO
50. Representante legal y/o mayor autoridad en relación con las funciones de gestión o dirección SI						
51. Fiduciante / Fideicomitente / Constituyente o posición similar o equivalente		52. Fiduciario o posición similar o equivalente		53. Comité fiduciario / Comité financiero o posición similar o equivalente		54. Fideicomisario / Beneficiario
55. Ejerce el control final y/o efectivo o tiene derecho a gozar y/o disponer de los activos, beneficios, resultados o utilidades						
56. Condición(es) que se debe(n) cumplir para determinar el beneficiario final						
57. Porcentaje de participación 0		58. Porcentaje de beneficio 0		59. Fecha inicial 2 0 1 1 0 6 2 8		60. Fecha final 2 0 1 1 0 6 2 8
61. Tipo de novedad Registro		Cód. 1				

29. Tipo de documento 1 3	30. Número de identificación 13844658	31. País de expedición COLOMBIA	Cód. 1 6 9	32. Número de Identificación Tributaria - NIT 13844658	33. País de expedición del NIT COLOMBIA	Cód. 1 6 9
34. Primer apellido CORTES		35. Segundo apellido NIÑO		36. Primer nombre LUIS		37. Otros nombres HERNAN
38. Fecha de nacimiento 1 9 5 7 0 9 2 8		39. País de nacimiento COLOMBIA		Cód. 1 6 9	40. País de nacionalidad COLOMBIA	
Cód. 1 6 9		42. Departamento Santander		Cód. 6 8	43. Ciudad / Municipio Bucaramanga	
44. Dirección CALLE 42 No 28-28 TORRE A AP 1103						
45. Código postal 680003		46. Correo electrónico direccion@comfenalcosantander.com.co				
47. Titularidad No		Cód. 4	48. Beneficio No		Cód. 8	49. Control por otro medio NO
50. Representante legal y/o mayor autoridad en relación con las funciones de gestión o dirección SI						
51. Fiduciante / Fideicomitente / Constituyente o posición similar o equivalente		52. Fiduciario o posición similar o equivalente		53. Comité fiduciario / Comité financiero o posición similar o equivalente		54. Fideicomisario / Beneficiario
55. Ejerce el control final y/o efectivo o tiene derecho a gozar y/o disponer de los activos, beneficios, resultados o utilidades						
56. Condición(es) que se debe(n) cumplir para determinar el beneficiario final						
57. Porcentaje de participación 0		58. Porcentaje de beneficio 0		59. Fecha inicial 2 0 1 1 0 6 2 8		60. Fecha final 2 0 1 1 0 6 2 8
61. Tipo de novedad Registro		Cód. 1				

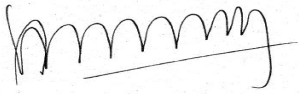
CERTIFICA QUE:

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO SANTANDER,

identificada con el NIT 890.201.578, mantiene vínculo comercial con esta Entidad a través de la Cuenta Corriente No. 401007554, con fecha de apertura 20 de abril de 1983

Se expide a solicitud del cliente, en la ciudad de Bogotá D.C., a los cuatro (4) días del mes de marzo de 2025

Cordialmente,



GERENCIA CANALES DE ATENCIÓN