Bucaramanga, 29 abril de 2026

Doctora
KAROL VIVIANA SILVA CADENA
Supervisor Contrato 018-2026
FONDO DE BIENESTAR SOCIAL
CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA
ksilva@fbscgr.gov.co
Bogotá D.C.

Asunto: Radicación Cobro N° 1 Contrato N° 018– 2026

Por medio de la presente hago relación de los documentos requeridos en la cláusula forma de pago del presente contrato:

NUMERO DEL CONTRATO:	018-2026
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de organización logística y desarrollo de programa de recreación cultura, deporte y salud dirigido a la Gerencia Departamental- Santander, de acuerdo al Plan de Bienestar para la vigencia 2026.
EMPRESA:	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO SANTANDER
NIT:	890.201.578-7
REPRESENTANTE LEGAL:	LUIS HERNAN CORTES NIÑO
CEDULA DE CIUDADANIA:	13.844.658 DE BUCARAMANGA
SUPERVISOR:	KAROL VIVIANA SILVA CADENA
PAGO:	N° 01
VALOR DEL PAGO:	$ 11.598.524
FECHA INICIO:	13-feb-26
FECHA DE FINALIZACIÓN:	4-dic-26
DOCUMENTOS ADJUNTOS:	1. Factura N° 401E-539160 2. Informe actividad firmado por el Representante Legal 3. Certificado de Recibido a satisfacción Gerencia Departamental de Santander 4. Planilla Asistencia 5. Encuestas Satisfacción 6. Documentos legales

Cordialmente;

Comfenalco SANTANDER
Se preocupa por ti.

XIOMARA ESPINOSA CASTRO
PROMOTOR EVENTOS
C.C 1.095.805.112

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO SANTANDER
www.comfenalcosantander.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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No: 401E 539160

INFORMACIÓN DEL CENTRO DE COSTO

Nombre del Centro de Costo: DEPARTAMENTO DE RECREACION Y DEPORTES.

Dirección y Teléfono: AVENIDA GONZALEZ VALENCIA # 52 - 69 Torre I. 6577000 Ext. 2136-2137-2138.

Ciudad: Bucaramanga.

Fecha y hora de generación factura	Fecha y hora de expedición	Fecha de Vencimiento
29/04/2026 12:00:00 AM	29/04/2026 5:09:26 PM	28/05/2026

Resolución DIAN No: 18764102206989 de 2025/11/27 a 2027/11/27.

Numeración Autorizada 401E-500001 al 401E-900000

INFORMACIÓN DEL CLIENTE (TERCERO)

Cliente: FOND. BIEN. SOC. CONTRALORIA GRAL DE LA	**Identificación:** 800252683	**Dirección:** CARRERA 20 NO. 33 - 39	**Tipo de Operación:**
E-mail: SIIFNACION.FACTURAELECTRONICA@MINHACIENDA.GOV.CO		**Teléfono:** 6524045	**Ciudad:** BUCARAMANGA
Nit: 800252683	Total ítems: 1	**Tipo Cliente:** EMPRESA	**Categoría:** EMPRESAS

INFORMACIÓN DEL USUARIO

Afiliado Dependiente/Particular: FOND. BIEN. SOC. CONTRALORIA GRAL DE LA — **Identificación:** 800252683

Descripción:

DETALLE DOCUMENTO

No PRODUCTO	DESCRIPCIÓN	CANT	VR. UNIT	%IVA	%IC	TOTAL
2881	ACTIVIDAD ESTILO DE VIDA SALUDABLE	1	9,746,659.00	19.00	0.00	9,746,659.00

SUBTOTAL	9,746,659.00
DESCUENTO	
TOTAL	9,746,659.00
IVA	1,851,865.00
ANTICIPOS	0.00
TOTAL A PAGAR	11,598,524.00

SON ONCE MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS VEINTICUATRO PESO(S) CON CERO CENTAVO(S)

MEDIO DE PAGO Crédito Ahorro

CRÉDITO	11,598,524.00	**TARJETA CRÉDITO**	0.00
EFECTIVO	0.00	**VALERA EMPLEADO**	0.00
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

BANCO	CUENTA	N° CUENTA
Banco Bogota	Cuenta de Ahorros	157-563099

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

OBSERVACIONES:
#$26-02-00;Cto 018 de 2026;ksilva@fbscgr.gov.co#$

ACEPTADA (FIRMA Y SELLO)

Esta factura causará intereses de mora a la tasa vigente transacurrido 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.

Representante Legal y/o Persona Autorizada

Nombre:

CC:

Aprobado por:

Elaborado por: LADY MARITZA PADILLA MANRIQUE

VIGILADO SuperSubsidio

Proveedor Tecnológico: dispapeles S.A.S. NIT: 860.028.580-2 Software: fact-e

SOFTWARE

6114d1e0aa9e3eed50548e5581855117111bf11f63018d1374df0ebf042503b83cf66c39af1f2d01509dd0560892b268

Comfenalco
SANTANDER
Se preocupa por ti.









En Comfenalco Santander trabajamos día tras día para brindar a las familias santandereanas bienestar a través de la prestación de nuestros servicios. A continuación, encontrará las razones por las cuales deseamos que quieran unirse a nuestro equipo de trabajo: que seamos grandes aliados estratégicos, acompañarlos en sus planes de bienestar y convertirnos en los generadores de calidad de vida de su empresa y de su gente.

Lo invitamos a que analice cada una de nuestras propuestas y sienta a Comfenalco Santander como parte de su familia.

VIGILADO SuperSubsidio

Bucaramanga, 28 abril de 2026

Señores
FONDO DE BIENESTAR SOCIAL
CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA
Bogotá D.C.

Asunto: Informe N° 1- Desarrollo Actividades Contrato N° CTO-0108-2026

OBJETO DEL CONTRATO:

"Prestar servicios de organización logística y desarrollo de programa de recreación cultura, deporte y salud dirigido a la Gerencia Departamental- Santander, de acuerdo al Plan de Bienestar para la vigencia 2026.".

Comfenalco Santander a través del Departamento de Recreación y Deportes se vincula apoyando de manera constante el Desarrollo efectivo del Proyecto de Bienestar Laboral, por lo cual me permito presentar el siguiente informe:

Item	Descripción del Insumo	Unidad de Medida	Cantidad	Valor Unitario (SIN IVA)	IVA 19% (Cuando aplique)	Valor Total Iva incluido
Otros	Actividad estilo de vida saludable	Global	1	$ 9.746.659	$ 1.851.865	$ 11.598.524
VALOR TOTAL POR ESTA ACTIVIDAD						**$ 11.598.524**

1. ACTIVIDAD DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Se realizo la actividad de Estilo de vida saludable con la finalidad de fomentar en los servidores públicos de la Contraloría General de la República el desarrollo de estrategias personales y colectivas para la gestión positiva del cambio, fortaleciendo el bienestar emocional, la resiliencia y los hábitos saludables, mediante un espacio de reflexión y aprendizaje vivencial.

Esta actividad se ejecutó el día **10 de abril del 2026** para **(50)** funcionarios enfocándose en una jornada de integración, relajación y reflexión en la **Sede Recreacional de Comfenalco Santander.** Durante el encuentro, los funcionarios participaron en un taller vivencial de una hora titulado *"Rompe tu muro para gestionar el cambio",* orientado por un facilitador experto en desarrollo humano y bienestar laboral. El resto de la jornada estuvo dedicada a actividades de convivencia, descanso activo y esparcimiento, en un entorno campestre y saludable.
Finalmente participaron de la actividad 44 funcionarios.

LA ACTIVIDAD INCLUYO:

- Ingreso a la sede recreacional de Comfenalco Santander.
- Uso de salón adecuado para las 44 personas.
- Desayuno americano incluido: Ensalada de frutas, huevos revueltos, jamón, queso, mantequilla, tostadas y bebida caliente
- Almuerzo: Pechuga rellena, espinacas 200 grs y queso 200 grs, timbal de papa ensalada primaveral, bebidas 9 onzas
- Taller vivencial de 1 hora: "Rompe tu muro para gestionar el cambio".
- Apoyo logístico y coordinación general.

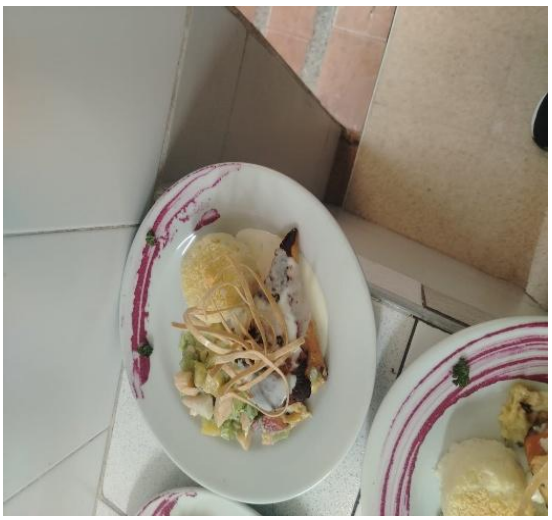
REGISTRO FOTOGRAFICO:



















Confiamos en que los objetivos propuestos al iniciar cada uno de los eventos se hayan cumplido, logrando con ello que el personal participante mejore su calidad de vida a través de las actividades desarrolladas.

Cordialmente,

LUIS HERNAN CORTES NIÑO
Representante Legal
C.C 13.844.658 de Bucaramanga
COMFENALCO SANTANDER
Nit. 890.201.578-7
Dirección: Av. González Valencia · 52-69

Comfenalco Santander

Comfenalco
SANTANDER
Se preocupa por ti.

Comfenalco Santander
Av. González Valencia 52-69
Bucaramanga / Santander
PBX: 607 6577000
www.comfenalcosantander.com.co

Mesón del Cuchicute
Centro Recreativo y Vacacional

Hotel Puerta de Santander
Barbosa

Club Lomas del Viento

SPA Lomas del viento

SAIVITÁ
SPA COMFENALCO SANTANDER

Sede Recreacional
Comfenalco Santander

Gimnasio Pedagógico Comfenalco
Comfenalco Santander

Fundación Universitaria Comfenalco Santander

Instituto de Educación Comfenalco
iec

IPS Comfenalco Santander

LA SUSCRITA GERENTE DEPARTAMENTAL DE LA GERENCIA COLEGIADA SANTANDER DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

CERTIFICA

Que recibió a satisfacción por parte de **COMFENALCO SANTANDER, 890201578-7**), la ejecución de la actividad denominada "actividad de Estilo de vida saludable", como parte del contrato de prestación de servicios N.º 018 del 2026, cuyo objeto es **"Prestar servicios de organización logística y desarrollo de programa de recreación cultura, deporte y salud dirigido a la Gerencia Departamental-Santander, de acuerdo al Plan de Bienestar para la vigencia 2026".**

La actividad se llevó a cabo dirigida a 50 funcionarios de la Gerencia Departamental de Santander, contando con la participación de 44 funcionarios, generando una jornada de integración, relajación y reflexión. Durante el encuentro, los funcionarios participaron en un taller vivencial de una hora titulado "Rompe tu muro para gestionar el cambio", orientado por un facilitador experto en desarrollo humano y bienestar laboral. La actividad incluyó la entrega de un desayuno tipo americano y un almuerzo con plato de una carne, y bebida, se contó con el acompañamiento del recurso humano logístico, meseros profesionales. La alimentación sobrante fue repartida entre los asistentes.

Fecha Ejecución: viernes 10 de abril de 2026 de 12:00 m a 6:00pm.
Lugar actividad: sede recreacional de Comfenalco Santander

Lo anterior tomando como base el desarrollo mismo de la actividad contratada, así como la información suministrada en la muestra de las encuestas tomadas a los asistentes a la misma. En los anteriores términos se firma la presente certificación en la ciudad de Bucaramanga a los 28 días del mes de abril de 2026, como soporte del proceso de pago de dicho contrato.

GINA MARCELA ROMO SILVA
GERENTE DEPARTAMENTAL DE SANTANDER

REVISO: Erwin Rojas Duran
PROYECTO: Erwin Rojas Duran

Fondo de Bienestar Social CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA	Proceso Gestión Humana Formato Listado de Asistencia	Código:	F-A-3040-13
		Versión:	3

☐ CAPACITACION ☒ EVENTO

FECHA: VIERNES 10 DE ABRIL 2025	LUGAR: SEDE RECREACIONAL COMFENALCO
EVENTO O TEMA: ESTILO DE VIDA SALUDABLE	ENTIDAD A CARGO: Comfenalco Santander

N°	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	CARGO / DEPENDENCIA	TELEFONO CONTACTO O EXT.	E-MAIL	FIRMA
1	Jorge Raul Pachón Monroy	Profesional Gdo 02	3134403044	jorge.pachon@comfenalco...	
2	Mónica Carvajal	P.UNIV. 02	3005778726	monica.carvajal@contraloria.gov.co	MÓNICA C
3	Cheryl Estefanía Mejía Suárez	P.U. 02	3164952854	vencejos@comfenalco	
4	Ricardo D. Pulido	PU-02	3114630675	rapulido@c 02	
5	Juan Gomez	PU-01	3169214696	juangl.gomez@cc 2	
6	Diana Isabel Almeida	P.U.	3112332823	diana.almeida@cgr.gov.co	
7	Olga Lucia Rincón	Cont-Gest PC	3176773054	olga.rincon@contra	
8	Samuel Ardila R	Prof. U. 01	3208271752	Samuel.ardila@contr.	
9	Juan Carlos Reyes D	P.U.	3042685198	Juan.reyes@contral	
10	Jaime Nuñez Prieto	PU 1	3005697438	Jaime.nunez@contra	
11	Andrea Jaimes Morales	Prof. G.1.	3183770263	andrea.jaimes@cgr.	
12	Marleny Aparicio Agredo	Asistencial	3008779630	marleny.aparicio	
13	Rocio Ayala Mojica	Prof-G.1	3164297853	rocio.ayala@contralo	
14	Yeise Hernández Sánchez	Prof (G-2) G-1	3173565584	yeise.hernandez@contra	
15	Erwin Rojas Durán	Prof 02	3172993843	erwin.rojas@contralor	
16	Carolina Montealegre	Prof 01	3173639337	carolina.montealegre	
17	IBETH TATIANA ARIAS	ASISTENCIAL	3024436700	Ibeth.arias@contralor	
18	Camilo E. Ardila Parra	Prof. Univ.	3134029623	camilo1216@yahoo.com	

Fondo de Bienestar Social CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA	Proceso Gestión Humana Formato Listado de Asistencia	Código:	F-A-3040-13
		Versión:	3

☐ CAPACITACION ☐ EVENTO

FECHA: VIERNES 10 DE ABRIL 2025	LUGAR: SEDE RECREACIONAL COMFENALCO
EVENTO O TEMA: ESTILO DE VIDA SALUDABLE	ENTIDAD A CARGO: Comfenalco Santander

N°	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	CARGO / DEPENDENCIA	TELEFONO CONTACTO O EXT.	E-MAIL	FIRMA
1	Cruz Mabel Atencia	Coordinadora	3168695821		
2	Albey Reyes	Coordinador	3163335721	aareyes@comfenalcosantander.com.co	
3	NOHELIA MENDOZA G	SECRETARIA	3152248685	nmendoza@comfenalcosantander.com.co	
4	Esperanza Leonzano P	P.U.6-02	3163761987		
5	Gimena Ruiz	Asistencial	3003402329	Gimena.Ruiz	
6	Mabel Quintero S	Coordinadora	3016081158		
7	Amparo Mendoza H.	amendoza@comfenalcosantander.com.co	3102455447	— o —	
8	Silvia Castro Julio	P.U.6-02	3016005952		
9	Sofia Arenas Duque	Prof. Univ 601	3005273743	—	
10	Oscar Yepez	PU 602E	6521515	-	
11	Maria Fernanda Ruiz	Auditiva	3174362208	Mariaf.ruiz@comfenalcosantander.com.co	
12	Lenia Nieto Jaimes	PU01.	3195397974	— o —	
13	Liliana Lizcano P.	P.01.	3016123264	— o —	
14	Lina M. Salgueda P.	Prof. U. 2	3002703267	lina.salgueda@comfenalcosantander.com.co	
15	[illegible]	PU	3107749564	[illegible]	
16	Liliana Gordillo	Asistencial	3168599402	Liliana.gordillo@comfenalcosantander.com.co	
17	Luis Mauricio Ortega	Coordinador	3106996301	coordegoDeportivo@comfenalcosantander.com.co	
18	FERNANDO FERNANDEZ	P.U. 602	3042000322	fernando.fernandez@comfenalcosantander.com.co	

Fondo de Bienestar Social CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA	Proceso Gestión Humana Formato Listado de Asistencia	Código:	F-A-3040-13
		Versión:	3

☐ CAPACITACION ☒ EVENTO

FECHA: VIERNES 10 DE ABRIL 2025	LUGAR: SEDE RECREACIONAL COMFENALCO
EVENTO O TEMA: ESTILO DE VIDA SALUDABLE	ENTIDAD A CARGO: Comfenalco Santander

N°	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	CARGO / DEPENDENCIA	TELEFONO CONTACTO O EXT.	E-MAIL	FIRMA
1	Lina Marcela Olmedo Amaya	Aux. Adm. Grado 03	3124285006	lmolmedoa@gmail.com	
2	Natalia Rojas	Aux. operativo 01	3166280569	natalia.rojas@gmail.	
3		Auxiliar Grado 01		auxiliar.cupulo@gmail	
4	Paula Camila Cardenas P	Responsabilidad Social	3102558784	padacardenas@comfe	
5	M.ª Luisa Salamanca	Prof univ.	3222330867	mlsalamanca@comfe	
6	Fabian Andres Hernandez	Aux admon 6-03	3183428327	fabian.hernandez@cf	
7	Robert Albeiro Chaparro Pedraza	Secretario Grado 04	3219791586	robert.chaparro@	
8	Gina Gomez	Contador	3164000090	ginagomez@contad	
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

Fondo de Bienestar Social	Proceso Atención a Gerencias Departametales Formato Encuesta de Satisfacción Actividades de Bienestar Gerencias Departamentales	Código:	F-M-2120-03
		Versión:	2

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE ACTIVIDADES DE BIENESTAR GERENCIAS DEPARTAMENTALES

Evento Estilo de vida Saludable **Fecha del evento** 10-04-26

Nombre Maria Fernanda Rueda **Gerencia departamental** Santander

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.

1. IDENTIFIQUE SI LA ACTIVIDAD EJECUTADA CORRESPONDE A LA ENTREGA DE UN ELEMENTO O LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO (MARQUE CON UNA X) :

A. ELEMENTO : _____ B. SERVICIO: _____

NOTA: Si la anterior elección corresponde a (**A. ELEMENTO**), SOLO DILIGENCIA la encuesta respecto a Elemento Entregado; si es Prestación de Servicio diligencia la totalidad de la encuesta.

A. ELEMENTO

2. Por favor califique la satisfacción del elemento recibido, teniendo en cuenta la siguiente escala, donde 1 es Totalmente Insatisfecho y 5 es Totalmente Satisfecho.

	ELEMENTO ENTREGADO	1	2	3	4	5	N.A.
1	El elemento entregado satisface la necesidad del funciona						

B. SERVICIO

3. Por favor califique cada aspecto para expresar su satisfacción, respecto a (B. SERVICIO PRESTADO), 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) SI APLICA	1	2	3	4	5	N.A.
1	Servicio amable					X	
2	Capacidad para dar soluciones y alternativas					X	
3	Presentación personal					X	
	INSTALACIONES- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
4	Estado					X	
5	Seguridad					X	
6	Aseo del lugar					X	
7	Espacio cómodo y adecuado					X	
	ALIMENTOS Y BEBIDAS- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
8	Presentación				X		
9	Calidad de los productos				X		
10	Porciones adecuadas				X		
11	Oportunidad en la entrega				X		
	TRANSPORTE- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
12	Aseo y puntualidad					X	
13	Prudencia y amabilidad del conductor para conducir					X	
	LOGISTICA- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
16	Cumplimiento con el horario establecido					X	
17	Distribución de los espacios					X	
18	Organización de evento					X	

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

Fondo de Bienestar Social CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA	Proceso Atención a Gerencias Departametales Formato Encuesta de Satisfacción Actividades de Bienestar Gerencias Departamentales	Código:	F-M-2120-03
		Versión:	2

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE ACTIVIDADES DE BIENESTAR GERENCIAS DEPARTAMENTALES

Evento Estilo de vida Saludable **Fecha del evento** 10/04/2026

Nombre Samuel Abdala Pineda. **Gerencia departamental** Santander.

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.

1. IDENTIFIQUE SI LA ACTIVIDAD EJECUTADA CORRESPONDE A LA ENTREGA DE UN ELEMENTO O LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO (MARQUE CON UNA X) :

A. ELEMENTO : _____ B. SERVICIO: _____

NOTA: Si la anterior elección corresponde a (**A. ELEMENTO**), SOLO DILIGENCIA la encuesta respecto a Elemento Entregado; si es Prestación de Servicio diligencia la totalidad de la encuesta.

A. ELEMENTO

2. Por favor califique la satisfacción del elemento recibido, teniendo en cuenta la siguiente escala, donde 1 es Totalmente Insatisfecho y 5 es Totalmente Satisfecho.

ELEMENTO ENTREGADO		1	2	3	4	5	N.A.
1	El elemento entregado satisface la necesidad del funciona						

B. SERVICIO

3. Por favor califique cada aspecto para expresar su satisfacción, respecto a (B. SERVICIO PRESTADO), 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) SI APLICA		1	2	3	4	5	N.A.
1	Servicio amable					X	
2	Capacidad para dar soluciones y alternativas					X	
3	Presentación personal					X	
INSTALACIONES- SI APLICA		**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
4	Estado					X	
5	Seguridad					X	
6	Aseo del lugar					X	
7	Espacio cómodo y adecuado					X	
ALIMENTOS Y BEBIDAS- SI APLICA		**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
8	Presentación					X	
9	Calidad de los productos					X	
10	Porciones adecuadas					X	
11	Oportunidad en la entrega					X	
TRANSPORTE- SI APLICA		**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
12	Aseo y puntualidad						X
13	Prudencia y amabilidad del conductor para conducir						X
LOGISTICA- SI APLICA		**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
16	Cumplimiento con el horario establecido					X	
17	Distribución de los espacios					X	
18	Organización de evento					X	

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

Fondo de Bienestar Social	Proceso Atención a Gerencias Departametales Formato Encuesta de Satisfacción Actividades de Bienestar Gerencias Departamentales	Código:	F-M-2120-03
		Versión:	2

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE ACTIVIDADES DE BIENESTAR GERENCIAS DEPARTAMENTALES

Evento Estilos de Vida Saludable **Fecha del evento** 10/04/2026

Nombre Alba Reyes **Gerencia departamental** Santander

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.

1. IDENTIFIQUE SI LA ACTIVIDAD EJECUTADA CORRESPONDE A LA ENTREGA DE UN ELEMENTO O LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO (MARQUE CON UNA X) :

A. ELEMENTO : _____ B. SERVICIO: X

NOTA: Si la anterior elección corresponde a (**A. ELEMENTO**), SOLO DILIGENCIA la encuesta respecto a Elemento Entregado; si es Prestación de Servicio diligencia la totalidad de la encuesta.

A. ELEMENTO

2. Por favor califique la satisfacción del elemento recibido, teniendo en cuenta la siguiente escala, donde 1 es Totalmente Insatisfecho y 5 es Totalmente Satisfecho.

	ELEMENTO ENTREGADO	1	2	3	4	5	N.A.
1	El elemento entregado satisface la necesidad del funciona					X	

B. SERVICIO

3. Por favor califique cada aspecto para expresar su satisfacción, respecto a (B. SERVICIO PRESTADO), 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) SI APLICA	1	2	3	4	5	N.A.
1	Servicio amable					X	
2	Capacidad para dar soluciones y alternativas					X	
3	Presentación personal					X	
	INSTALACIONES- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
4	Estado					X	
5	Seguridad					X	
6	Aseo del lugar					X	
7	Espacio cómodo y adecuado					X	
	ALIMENTOS Y BEBIDAS- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
8	Presentación					X	
9	Calidad de los productos					X	
10	Porciones adecuadas					X	
11	Oportunidad en la entrega					X	
	TRANSPORTE- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
12	Aseo y puntualidad					X	
13	Prudencia y amabilidad del conductor para conducir					X	
	LOGISTICA- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
16	Cumplimiento con el horario establecido					X	
17	Distribución de los espacios					X	
18	Organización de evento					X	

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

Fondo de Bienestar Social	Proceso Atención a Gerencias Departametales Formato Encuesta de Satisfacción Actividades de Bienestar Gerencias Departamentales	Código:	F-M-2120-03
		Versión:	2

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE ACTIVIDADES DE BIENESTAR GERENCIAS DEPARTAMENTALES

Evento: Estilo de Vida Saludable — Fecha del evento: 10/04/26

Nombre: Paola Camila Cespedes P — Gerencia departamental: Santander

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.

1. IDENTIFIQUE SI LA ACTIVIDAD EJECUTADA CORRESPONDE A LA ENTREGA DE UN ELEMENTO O LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO (MARQUE CON UNA X) :

A. ELEMENTO : _____ B. SERVICIO: X

NOTA: Si la anterior elección corresponde a (**A. ELEMENTO**), SOLO DILIGENCIA la encuesta respecto a Elemento Entregado; si es Prestación de Servicio diligencia la totalidad de la encuesta.

A. ELEMENTO

2. Por favor califique la satisfacción del elemento recibido, teniendo en cuenta la siguiente escala, donde 1 es Totalmente Insatisfecho y 5 es Totalmente Satisfecho.

	ELEMENTO ENTREGADO	1	2	3	4	5	N.A.
1	El elemento entregado satisface la necesidad del funciona					X	

B. SERVICIO

3. Por favor califique cada aspecto para expresar su satisfacción, respecto a (B. SERVICIO PRESTADO), 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) SI APLICA	1	2	3	4	5	N.A.
1	Servicio amable					X	
2	Capacidad para dar soluciones y alternativas					X	
3	Presentación personal					X	
	INSTALACIONES- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
4	Estado				X		
5	Seguridad					X	
6	Aseo del lugar				X		
7	Espacio cómodo y adecuado					X	
	ALIMENTOS Y BEBIDAS- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
8	Presentación					X	
9	Calidad de los productos					X	
10	Porciones adecuadas					X	
11	Oportunidad en la entrega					X	
	TRANSPORTE- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
12	Aseo y puntualidad					X	
13	Prudencia y amabilidad del conductor para conducir					X	
	LOGISTICA- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
16	Cumplimiento con el horario establecido					X	
17	Distribución de los espacios					X	
18	Organización de evento					X	

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

Fondo de Bienestar Social	Proceso Atención a Gerencias Departametales Formato Encuesta de Satisfacción Actividades de Bienestar Gerencias Departamentales	Código:	F-M-2120-03
		Versión:	2

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE ACTIVIDADES DE BIENESTAR GERENCIAS DEPARTAMENTALES

Evento Estilo Vida Saludable **Fecha del evento** 10/04/2026

Nombre Omar Mabel Valencia Ospina **Gerencia departamental** Santander

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.

1. IDENTIFIQUE SI LA ACTIVIDAD EJECUTADA CORRESPONDE A LA ENTREGA DE UN ELEMENTO O LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO (MARQUE CON UNA X) :

A. ELEMENTO : _____ B. SERVICIO: _____

NOTA: Si la anterior elección corresponde a (A. ELEMENTO), SOLO DILIGENCIA la encuesta respecto a Elemento Entregado; si es Prestación de Servicio diligencia la totalidad de la encuesta.

A. ELEMENTO

2. Por favor califique la satisfacción del elemento recibido, teniendo en cuenta la siguiente escala, donde 1 es Totalmente Insatisfecho y 5 es Totalmente Satisfecho.

	ELEMENTO ENTREGADO	1	2	3	4	5	N.A.
1	El elemento entregado satisface la necesidad del funciona						

B. SERVICIO

3. Por favor califique cada aspecto para expresar su satisfacción, respecto a (B. SERVICIO PRESTADO), 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) SI APLICA	1	2	3	4	5	N.A.
1	Servicio amable					X	
2	Capacidad para dar soluciones y alternativas					X	
3	Presentación personal					X	
	INSTALACIONES- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
4	Estado					X	
5	Seguridad					X	
6	Aseo del lugar					X	
7	Espacio cómodo y adecuado					X	
	ALIMENTOS Y BEBIDAS- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
8	Presentación					X	
9	Calidad de los productos					X	
10	Porciones adecuadas					X	
11	Oportunidad en la entrega					X	
	TRANSPORTE- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
12	Aseo y puntualidad					X	
13	Prudencia y amabilidad del conductor para conducir					X	
	LOGISTICA- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
16	Cumplimiento con el horario establecido					X	
17	Distribución de los espacios					X	
18	Organización de evento					X	

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

Fondo de Bienestar Social CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA	Proceso Atención a Gerencias Departametales Formato Encuesta de Satisfacción Actividades de Bienestar Gerencias Departamentales	Código:	F-M-2120-03
		Versión:	2

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE ACTIVIDADES DE BIENESTAR GERENCIAS DEPARTAMENTALES

Evento Rompiendo Mitos **Fecha del evento** 10-04-2026

Nombre Luis Alberto Ortega **Gerencia departamental** Sonsonate

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.

1. IDENTIFIQUE SI LA ACTIVIDAD EJECUTADA CORRESPONDE A LA ENTREGA DE UN ELEMENTO O LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO (MARQUE CON UNA X) :

A. ELEMENTO : _____ B. SERVICIO: _____

NOTA: Si la anterior elección corresponde a (**A. ELEMENTO**), SOLO DILIGENCIA la encuesta respecto a Elemento Entregado; si es Prestación de Servicio diligencia la totalidad de la encuesta.

A. ELEMENTO

2. Por favor califique la satisfacción del elemento recibido, teniendo en cuenta la siguiente escala, donde 1 es Totalmente Insatisfecho y 5 es Totalmente Satisfecho.

	ELEMENTO ENTREGADO	1	2	3	4	5	N.A.
1	El elemento entregado satisface la necesidad del funciona						

B. SERVICIO

3. Por favor califique cada aspecto para expresar su satisfacción, respecto a (B. SERVICIO PRESTADO), 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) SI APLICA	1	2	3	4	5	N.A.
1	Servicio amable					X	
2	Capacidad para dar soluciones y alternativas					X	
3	Presentación personal					X	
	INSTALACIONES- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
4	Estado					X	
5	Seguridad					X	
6	Aseo del lugar					X	
7	Espacio cómodo y adecuado					X	
	ALIMENTOS Y BEBIDAS- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
8	Presentación					X	
9	Calidad de los productos					X	
10	Porciones adecuadas					X	
11	Oportunidad en la entrega					X	
	TRANSPORTE- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
12	Aseo y puntualidad					X	
13	Prudencia y amabilidad del conductor para conducir						
	LOGISTICA- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
16	Cumplimiento con el horario establecido					X	
17	Distribución de los espacios					X	
18	Organización de evento					X	

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

Fondo de Bienestar Social	Proceso Atención a Gerencias Departametales Formato Encuesta de Satisfacción Actividades de Bienestar Gerencias Departamentales	Código:	F-M-2120-03
		Versión:	2

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE ACTIVIDADES DE BIENESTAR GERENCIAS DEPARTAMENTALES

Evento IBETH TATIANA - Estilo Vida Saludable **Fecha del evento** 10/04/2026

Nombre IBETH TATIANA ARIAS C. **Gerencia departamental** SANTANDER

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.

1. IDENTIFIQUE SI LA ACTIVIDAD EJECUTADA CORRESPONDE A LA ENTREGA DE UN ELEMENTO O LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO (MARQUE CON UNA X) :

A. ELEMENTO : _____ B. SERVICIO: _____

NOTA: Si la anterior elección corresponde a (**A. ELEMENTO**), SOLO DILIGENCIA la encuesta respecto a Elemento Entregado; si es Prestación de Servicio diligencia la totalidad de la encuesta.

A. ELEMENTO

2. Por favor califique la satisfacción del elemento recibido, teniendo en cuenta la siguiente escala, donde 1 es Totalmente Insatisfecho y 5 es Totalmente Satisfecho.

	ELEMENTO ENTREGADO	1	2	3	4	5	N.A.
1	El elemento entregado satisface la necesidad del funciona						

B. SERVICIO

3. Por favor califique cada aspecto para expresar su satisfacción, respecto a (B. SERVICIO PRESTADO), 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) SI APLICA	1	2	3	4	5	N.A.
1	Servicio amable					X	
2	Capacidad para dar soluciones y alternativas					X	
3	Presentación personal					X	
	INSTALACIONES- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
4	Estado					X	
5	Seguridad					X	
6	Aseo del lugar					X	
7	Espacio cómodo y adecuado					X	
	ALIMENTOS Y BEBIDAS- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
8	Presentación					X	
9	Calidad de los productos					X	
10	Porciones adecuadas					X	
11	Oportunidad en la entrega					X	
	TRANSPORTE- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
12	Aseo y puntualidad					X	
13	Prudencia y amabilidad del conductor para conducir					X	
	LOGISTICA- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
16	Cumplimiento con el horario establecido					X	
17	Distribución de los espacios					X	
18	Organización de evento					X	

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

Fondo de Bienestar Social	Proceso Atención a Gerencias Departametales Formato Encuesta de Satisfacción Actividades de Bienestar Gerencias Departamentales	Código:	F-M-2120-03
		Versión:	2

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE ACTIVIDADES DE BIENESTAR GERENCIAS DEPARTAMENTALES

Evento Estilo de Vida Saludable **Fecha del evento** 10/09/2026.

Nombre Natalia Rojas **Gerencia departamental** Santander

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.

1. IDENTIFIQUE SI LA ACTIVIDAD EJECUTADA CORRESPONDE A LA ENTREGA DE UN ELEMENTO O LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO (MARQUE CON UNA X) :

A. ELEMENTO : _____ B. SERVICIO: _____

NOTA: Si la anterior elección corresponde a (**A. ELEMENTO**), SOLO DILIGENCIA la encuesta respecto a Elemento Entregado; si es Prestación de Servicio diligencia la totalidad de la encuesta.

A. ELEMENTO

2. Por favor califique la satisfacción del elemento recibido, teniendo en cuenta la siguiente escala, donde 1 es Totalmente Insatisfecho y 5 es Totalmente Satisfecho.

	ELEMENTO ENTREGADO	1	2	3	4	5	N.A.
1	El elemento entregado satisface la necesidad del funciona					X	

B. SERVICIO

3. Por favor califique cada aspecto para expresar su satisfacción, respecto a (B. SERVICIO PRESTADO), 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) SI APLICA	1	2	3	4	5	N.A.
1	Servicio amable					X	
2	Capacidad para dar soluciones y alternativas					X	
3	Presentación personal					X	
	INSTALACIONES- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
4	Estado					X	
5	Seguridad					X	
6	Aseo del lugar					X	
7	Espacio cómodo y adecuado					X	
	ALIMENTOS Y BEBIDAS- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
8	Presentación					X	
9	Calidad de los productos					X	
10	Porciones adecuadas					X	
11	Oportunidad en la entrega					X	
	TRANSPORTE- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
12	Aseo y puntualidad						
13	Prudencia y amabilidad del conductor para conducir						
	LOGISTICA- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
16	Cumplimiento con el horario establecido					X	
17	Distribución de los espacios					X	
18	Organización de evento					X	

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

Fondo de Bienestar Social	Proceso Atención a Gerencias Departametales Formato Encuesta de Satisfacción Actividades de Bienestar Gerencias Departamentales	Código:	F-M-2120-03
		Versión:	2

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE ACTIVIDADES DE BIENESTAR GERENCIAS DEPARTAMENTALES

Evento Estilo de Vida Saludable **Fecha del evento** 10 - 04 - 2026

Nombre Lina Marcela Olmedo Amaya **Gerencia departamental** Sucre

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.

1. IDENTIFIQUE SI LA ACTIVIDAD EJECUTADA CORRESPONDE A LA ENTREGA DE UN ELEMENTO O LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO (MARQUE CON UNA X) :

A. ELEMENTO : _____ B. SERVICIO: _____

NOTA: Si la anterior elección corresponde a (**A. ELEMENTO**), SOLO DILIGENCIA la encuesta respecto a Elemento Entregado; si es Prestación de Servicio diligencia la totalidad de la encuesta.

A. ELEMENTO

2. Por favor califique la satisfacción del elemento recibido, teniendo en cuenta la siguiente escala, donde 1 es Totalmente Insatisfecho y 5 es Totalmente Satisfecho.

	ELEMENTO ENTREGADO	1	2	3	4	5	N.A.
1	El elemento entregado satisface la necesidad del funciona						

B. SERVICIO

3. Por favor califique cada aspecto para expresar su satisfacción, respecto a (B. SERVICIO PRESTADO), 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) SI APLICA	1	2	3	4	5	N.A.
1	Servicio amable					X	
2	Capacidad para dar soluciones y alternativas					X	
3	Presentación personal					X	
	INSTALACIONES- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
4	Estado					X	
5	Seguridad					X	
6	Aseo del lugar					X	
7	Espacio cómodo y adecuado					X	
	ALIMENTOS Y BEBIDAS- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
8	Presentación					X	
9	Calidad de los productos					X	
10	Porciones adecuadas					X	
11	Oportunidad en la entrega					X	
	TRANSPORTE- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
12	Aseo y puntualidad						
13	Prudencia y amabilidad del conductor para conducir						
	LOGISTICA- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
16	Cumplimiento con el horario establecido					X	
17	Distribución de los espacios					X	
18	Organización de evento					X	

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

Fondo de Bienestar Social	Proceso Atención a Gerencias Departametales Formato Encuesta de Satisfacción Actividades de Bienestar Gerencias Departamentales	Código:	F-M-2120-03
		Versión:	2

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE ACTIVIDADES DE BIENESTAR GERENCIAS DEPARTAMENTALES

Evento Estilo de vida Saludable **Fecha del evento** 10-04-2026

Nombre Liliana Gordillo M **Gerencia departamental** Santander

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.

1. IDENTIFIQUE SI LA ACTIVIDAD EJECUTADA CORRESPONDE A LA ENTREGA DE UN ELEMENTO O LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO (MARQUE CON UNA X) :

A. ELEMENTO : _____ **B. SERVICIO:** _____

NOTA: Si la anterior elección corresponde a (**A. ELEMENTO**), SOLO DILIGENCIA la encuesta respecto a Elemento Entregado; si es Prestación de Servicio diligencia la totalidad de la encuesta.

A. ELEMENTO

2. Por favor califique la satisfacción del elemento recibido, teniendo en cuenta la siguiente escala, donde 1 es Totalmente Insatisfecho y 5 es Totalmente Satisfecho.

	ELEMENTO ENTREGADO	1	2	3	4	5	N.A.
1	El elemento entregado satisface la necesidad del funciona					X	

B. SERVICIO

3. Por favor califique cada aspecto para expresar su satisfacción, respecto a (B. SERVICIO PRESTADO), 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) SI APLICA	1	2	3	4	5	N.A.
1	Servicio amable					X	
2	Capacidad para dar soluciones y alternativas					X	
3	Presentación personal					X	
	INSTALACIONES- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
4	Estado					X	
5	Seguridad					X	
6	Aseo del lugar					X	
7	Espacio cómodo y adecuado					X	
	ALIMENTOS Y BEBIDAS- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
8	Presentación					X	
9	Calidad de los productos					X	
10	Porciones adecuadas					X	
11	Oportunidad en la entrega					X	
	TRANSPORTE- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
12	Aseo y puntualidad					X	
13	Prudencia y amabilidad del conductor para conducir					X	
	LOGISTICA- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
16	Cumplimiento con el horario establecido					X	
17	Distribución de los espacios					X	
18	Organización de evento					X	

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

Fondo de Bienestar Social	Proceso Atención a Gerencias Departametales Formato Encuesta de Satisfacción Actividades de Bienestar Gerencias Departamentales	Código:	F-M-2120-03
		Versión:	2

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE ACTIVIDADES DE BIENESTAR GERENCIAS DEPARTAMENTALES

Evento Estilo de vida Saludable **Fecha del evento** 10 de abril / 2026

Nombre Ma. Luisa Salamanca **Gerencia departamental** Santander

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.

1. IDENTIFIQUE SI LA ACTIVIDAD EJECUTADA CORRESPONDE A LA ENTREGA DE UN ELEMENTO O LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO (MARQUE CON UNA X) :

A. ELEMENTO : _____ **B. SERVICIO:** X

NOTA: Si la anterior elección corresponde a (**A. ELEMENTO**), SOLO DILIGENCIA la encuesta respecto a Elemento Entregado; si es Prestación de Servicio diligencia la totalidad de la encuesta.

A. ELEMENTO

2. Por favor califique la satisfacción del elemento recibido, teniendo en cuenta la siguiente escala, donde 1 es Totalmente Insatisfecho y 5 es Totalmente Satisfecho.

	ELEMENTO ENTREGADO	1	2	3	4	5	N.A.
1	El elemento entregado satisface la necesidad del funciona						

B. SERVICIO

3. Por favor califique cada aspecto para expresar su satisfacción, respecto a (B. SERVICIO PRESTADO), 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) SI APLICA	1	2	3	4	5	N.A.
1	Servicio amable					X	
2	Capacidad para dar soluciones y alternativas					X	
3	Presentación personal						
	INSTALACIONES- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
4	Estado					X	
5	Seguridad					X	
6	Aseo del lugar					X	
7	Espacio cómodo y adecuado					X	
	ALIMENTOS Y BEBIDAS- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
8	Presentación					X	
9	Calidad de los productos					X	
10	Porciones adecuadas					X	
11	Oportunidad en la entrega					X	
	TRANSPORTE- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
12	Aseo y puntualidad					X	
13	Prudencia y amabilidad del conductor para conducir					X	
	LOGISTICA- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
16	Cumplimiento con el horario establecido					X	
17	Distribución de los espacios					X	
18	Organización de evento					X	

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

Fondo de Bienestar Social	Proceso Atención a Gerencias Departametales Formato Encuesta de Satisfacción Actividades de Bienestar Gerencias Departamentales	Código:	F-M-2120-03
		Versión:	2

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE ACTIVIDADES DE BIENESTAR GERENCIAS DEPARTAMENTALES

Evento Estilo de Vida Saludable **Fecha del evento** 10 Abril 2026

Nombre Sofia Arenas Duque **Gerencia departamental** Santander

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.

1. IDENTIFIQUE SI LA ACTIVIDAD EJECUTADA CORRESPONDE A LA ENTREGA DE UN ELEMENTO O LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO (MARQUE CON UNA X) :

A. ELEMENTO : _____ **B. SERVICIO:** X

NOTA: Si la anterior elección corresponde a (**A. ELEMENTO**), SOLO DILIGENCIA la encuesta respecto a Elemento Entregado; si es Prestación de Servicio diligencia la totalidad de la encuesta.

A. ELEMENTO

2. Por favor califique la satisfacción del elemento recibido, teniendo en cuenta la siguiente escala, donde 1 es Totalmente Insatisfecho y 5 es Totalmente Satisfecho.

ELEMENTO ENTREGADO		1	2	3	4	5	N.A.
1	El elemento entregado satisface la necesidad del funciona					X	

B. SERVICIO

3. Por favor califique cada aspecto para expresar su satisfacción, respecto a (B. SERVICIO PRESTADO), 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) SI APLICA		1	2	3	4	5	N.A.
1	Servicio amable					X	
2	Capacidad para dar soluciones y alternativas					X	
3	Presentación personal					X	
INSTALACIONES- SI APLICA		**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
4	Estado					X	
5	Seguridad					X	
6	Aseo del lugar					X	
7	Espacio cómodo y adecuado					X	
ALIMENTOS Y BEBIDAS- SI APLICA		**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
8	Presentación					X	
9	Calidad de los productos					X	
10	Porciones adecuadas					X	
11	Oportunidad en la entrega					X	
TRANSPORTE- SI APLICA		**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
12	Aseo y puntualidad					X	
13	Prudencia y amabilidad del conductor para conducir					X	
LOGISTICA- SI APLICA		**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
16	Cumplimiento con el horario establecido					X	
17	Distribución de los espacios					X	
18	Organización de evento					X	

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

Fondo de Bienestar Social	Proceso Atención a Gerencias Departametales Formato Encuesta de Satisfacción Actividades de Bienestar Gerencias Departamentales	Código:	F-M-2120-03
		Versión:	2

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE ACTIVIDADES DE BIENESTAR GERENCIAS DEPARTAMENTALES

Evento Estilo de vida Saludable **Fecha del evento** 10 Abril/26

Nombre Rafael Alvaro chaparro Parra. **Gerencia departamental** Santander

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.

1. IDENTIFIQUE SI LA ACTIVIDAD EJECUTADA CORRESPONDE A LA ENTREGA DE UN ELEMENTO O LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO (MARQUE CON UNA X) :

A. ELEMENTO : _____ **B. SERVICIO:** X

NOTA: Si la anterior elección corresponde a (**A. ELEMENTO**), SOLO DILIGENCIA la encuesta respecto a Elemento Entregado; si es Prestación de Servicio diligencia la totalidad de la encuesta.

A. ELEMENTO

2. Por favor califique la satisfacción del elemento recibido, teniendo en cuenta la siguiente escala, donde 1 es Totalmente Insatisfecho y 5 es Totalmente Satisfecho.

	ELEMENTO ENTREGADO	1	2	3	4	5	N.A.
1	El elemento entregado satisface la necesidad del funciona						

B. SERVICIO

3. Por favor califique cada aspecto para expresar su satisfacción, respecto a (B. SERVICIO PRESTADO), 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) SI APLICA	1	2	3	4	5	N.A.
1	Servicio amable					X	
2	Capacidad para dar soluciones y alternativas					X	
3	Presentación personal					X	
	INSTALACIONES- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
4	Estado					X	
5	Seguridad					X	
6	Aseo del lugar					X	
7	Espacio cómodo y adecuado					X	
	ALIMENTOS Y BEBIDAS- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
8	Presentación					X	
9	Calidad de los productos					X	
10	Porciones adecuadas					X	
11	Oportunidad en la entrega					X	
	TRANSPORTE- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
12	Aseo y puntualidad						X
13	Prudencia y amabilidad del conductor para conducir						X
	LOGISTICA- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
16	Cumplimiento con el horario establecido					X	
17	Distribución de los espacios					X	
18	Organización de evento					X	

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

Fondo de Bienestar Social	Proceso Atención a Gerencias Departametales Formato Encuesta de Satisfacción Actividades de Bienestar Gerencias Departamentales	Código:	F-M-2120-03
		Versión:	2

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE ACTIVIDADES DE BIENESTAR GERENCIAS DEPARTAMENTALES

Evento Estilo de Vida Saludable **Fecha del evento** 10 Abril/26

Nombre Fabian Andres Fernandez C. **Gerencia departamental** Colegiado Sider

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.

1. IDENTIFIQUE SI LA ACTIVIDAD EJECUTADA CORRESPONDE A LA ENTREGA DE UN ELEMENTO O LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO (MARQUE CON UNA X) :

A. ELEMENTO : _____ B. SERVICIO: X

NOTA: Si la anterior elección corresponde a (**A. ELEMENTO**), SOLO DILIGENCIA la encuesta respecto a Elemento Entregado; si es Prestación de Servicio diligencia la totalidad de la encuesta.

A. ELEMENTO

2. Por favor califique la satisfacción del elemento recibido, teniendo en cuenta la siguiente escala, donde 1 es Totalmente Insatisfecho y 5 es Totalmente Satisfecho.

	ELEMENTO ENTREGADO	1	2	3	4	5	N.A.
1	El elemento entregado satisface la necesidad del funciona					X	

B. SERVICIO

3. Por favor califique cada aspecto para expresar su satisfacción, respecto a (B. SERVICIO PRESTADO), 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) SI APLICA	1	2	3	4	5	N.A.
1	Servicio amable					X	
2	Capacidad para dar soluciones y alternativas					X	
3	Presentación personal					X	
	INSTALACIONES- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
4	Estado					X	
5	Seguridad					X	
6	Aseo del lugar					X	
7	Espacio cómodo y adecuado					X	
	ALIMENTOS Y BEBIDAS- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
8	Presentación					X	
9	Calidad de los productos					X	
10	Porciones adecuadas					X	
11	Oportunidad en la entrega					X	
	TRANSPORTE- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
12	Aseo y puntualidad					X	
13	Prudencia y amabilidad del conductor para conducir					X	
	LOGISTICA- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
16	Cumplimiento con el horario establecido					X	
17	Distribución de los espacios					X	
18	Organización de evento					X	

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

Fondo de Bienestar Social	Proceso Atención a Gerencias Departametales Formato Encuesta de Satisfacción Actividades de Bienestar Gerencias Departamentales	Código:	F-M-2120-03
		Versión:	2

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE ACTIVIDADES DE BIENESTAR GERENCIAS DEPARTAMENTALES

Evento Estilo de vida Saludable **Fecha del evento** 10-04 2026

Nombre Juan Carlos Reis Duque **Gerencia departamental** Santander

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.

1. IDENTIFIQUE SI LA ACTIVIDAD EJECUTADA CORRESPONDE A LA ENTREGA DE UN ELEMENTO O LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO (MARQUE CON UNA X) :

A. ELEMENTO : _____ B. SERVICIO: _____

NOTA: Si la anterior elección corresponde a (**A. ELEMENTO**), SOLO DILIGENCIA la encuesta respecto a Elemento Entregado; si es Prestación de Servicio diligencia la totalidad de la encuesta.

A. ELEMENTO

2. Por favor califique la satisfacción del elemento recibido, teniendo en cuenta la siguiente escala, donde 1 es Totalmente Insatisfecho y 5 es Totalmente Satisfecho.

	ELEMENTO ENTREGADO	1	2	3	4	5	N.A.
1	El elemento entregado satisface la necesidad del funciona						

B. SERVICIO

3. Por favor califique cada aspecto para expresar su satisfacción, respecto a (B. SERVICIO PRESTADO), 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) SI APLICA	1	2	3	4	5	N.A.
1	Servicio amable						
2	Capacidad para dar soluciones y alternativas						
3	Presentación personal						
	INSTALACIONES- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
4	Estado						
5	Seguridad						
6	Aseo del lugar						
7	Espacio cómodo y adecuado						
	ALIMENTOS Y BEBIDAS- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
8	Presentación						
9	Calidad de los productos						
10	Porciones adecuadas						
11	Oportunidad en la entrega						
	TRANSPORTE- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
12	Aseo y puntualidad						
13	Prudencia y amabilidad del conductor para conducir						
	LOGISTICA- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
16	Cumplimiento con el horario establecido						
17	Distribución de los espacios						
18	Organización de evento						

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

Fondo de Bienestar Social	Proceso Atención a Gerencias Departametales Formato Encuesta de Satisfacción Actividades de Bienestar Gerencias Departamentales	Código:	F-M-2120-03
		Versión:	2

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE ACTIVIDADES DE BIENESTAR GERENCIAS DEPARTAMENTALES

Evento Actividad Estilo de vida Saludable **Fecha del evento** 10/04/2026

Nombre Oscar Yepez **Gerencia departamental** Sanlarck

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.

1. IDENTIFIQUE SI LA ACTIVIDAD EJECUTADA CORRESPONDE A LA ENTREGA DE UN ELEMENTO O LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO (MARQUE CON UNA X) :

A. ELEMENTO : _____ B. SERVICIO: X

NOTA: Si la anterior elección corresponde a (**A. ELEMENTO**), SOLO DILIGENCIA la encuesta respecto a Elemento Entregado; si es Prestación de Servicio diligencia la totalidad de la encuesta.

A. ELEMENTO

2. Por favor califique la satisfacción del elemento recibido, teniendo en cuenta la siguiente escala, donde 1 es Totalmente Insatisfecho y 5 es Totalmente Satisfecho.

	ELEMENTO ENTREGADO	1	2	3	4	5	N.A.
1	El elemento entregado satisface la necesidad del funciona					X	

B. SERVICIO

3. Por favor califique cada aspecto para expresar su satisfacción, respecto a (B. SERVICIO PRESTADO), 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) SI APLICA	1	2	3	4	5	N.A.
1	Servicio amable					X	
2	Capacidad para dar soluciones y alternativas					X	
3	Presentación personal					X	
	INSTALACIONES- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
4	Estado					X	
5	Seguridad					X	
6	Aseo del lugar					X	
7	Espacio cómodo y adecuado					X	
	ALIMENTOS Y BEBIDAS- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
8	Presentación					X	
9	Calidad de los productos					X	
10	Porciones adecuadas					X	
11	Oportunidad en la entrega					X	
	TRANSPORTE- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
12	Aseo y puntualidad					X	
13	Prudencia y amabilidad del conductor para conducir					X	
	LOGISTICA- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
16	Cumplimiento con el horario establecido					X	
17	Distribución de los espacios					X	
18	Organización de evento					X	

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

Ninguna

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 seis (6) días del mes de abril 2026.

Cordialmente,

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

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

AFFFAF3180C4C5A91

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que **GRUPO EMPRESARIAL MERLO S.A.S** con NIT: 900813940 y Tarjeta de Registro No 2014, representada legalmente por el/la señor(a) NESTOR JAVIER CACERES SUAREZ, SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores como PERSONA JURÍDICA según consta en la Resolución No 450 de 31/07/2015 y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS * * *

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

A93602088700E17

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 **FAUSTINO PINTO RUBIO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 19362511 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 45201-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS * * *

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO



45201-T

FAUSTINO
PINTO RUBIO
C.C. 19362511
RESOLUCION INSCRIPCION 117 FECHA 16/11/95
UNIVERSIDAD SANTO TOMAS

Presidente

000050981

CARVAJAL S.A 02/95-21726

FIRMA DEL TITULAR

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 Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

000142



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 19.362.511

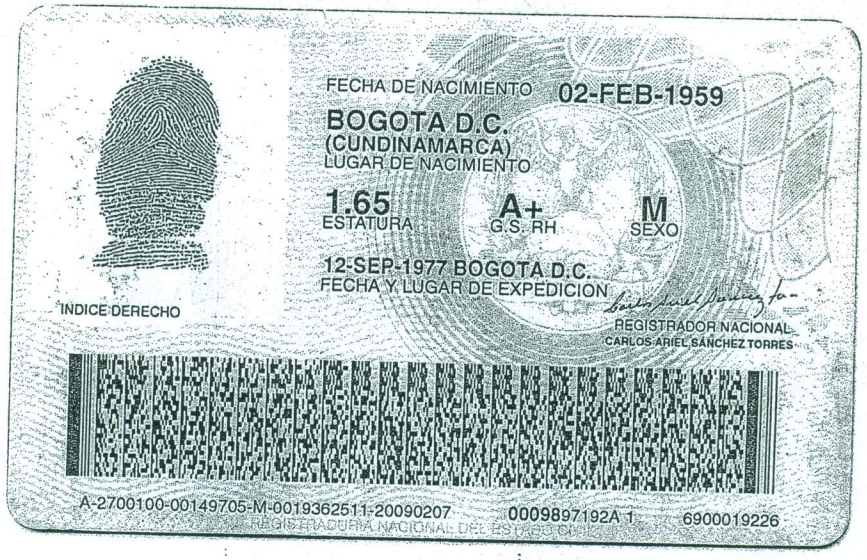
PINTO RUBIO

APELLIDOS

FAUSTINO

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-FEB-1959

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

12-SEP-1977 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-2700100-00149705-M-0019362511-20090207 0009897192A 1 6900019226

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141216332382

(415)7707212489984(8020) 000014121633238 2

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 1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

41. Dirección principal
AV GONZALEZ VALENCIA 52 69

42. Correo electrónico contabilidad@comfenalcosantander.com.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 0 7 6 5 7 5 8 2 9	6 0 7 6 5 7 7 0 0 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 4 3 0	2 0 1 2 1 2 1 1	4 1 1 1	2 0 0 3 0 7 1 0		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 ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
08- Retención timbre nacional
09- Retención en la fuente en el impuesto
13- Gran contribuyente
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	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 61. Fecha 2025-10-22 / 08:47:33AM

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.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CORTES NIÑO LUIS HERNAN

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141216332382

(415)7707212489984(8020) **000014121633238 2**

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		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas	8	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. Matrícula 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		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141216332382

(415)7707212489984(8020) **000014121633238 2**

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

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 0 1 0 1 2 3

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	1 3 8 4 4 6 5 8		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
CORTES	NIÑO	LUIS	HERNAN

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 1 1 0 6 1 5

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	6 3 3 0 8 0 6 3		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
GRANDAS	GARCES	LIDIA	AYDE

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 2 4 1 0 0 1

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	6 3 3 4 8 0 5 3		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
OROSTEGUI	PRIETO	MARIA	JOSE

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 2 4 1 0 0 1

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	9 1 2 5 5 3 6 5		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
CASTRO	CONTRERAS	JOSE	LUIS

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141216332382

(415)7707212489984(8020) **000014121633238 2**

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	

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 9 3 6 2 5 1 1	4	4 5 2 0 1 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
PINTO	RUBIO	FAUSTINO	

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	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	9 1 2 4 9 3 3 7	8	5 1 8 9 9 T

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
PEREZ	CARDOZO	HECTOR	

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	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 0 5 6 7 6 7 1 7	5	1 6 3 3 9 7 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
SANCHEZ	REYES	JENIFFER	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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Bienvenido al Módulo Empresarial:	Empresa:	Dependencia:	Dirección IP:	Fecha último ingreso al sistema:
Silvia Cristina Ramirez Mejia	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO SANT	PAGOS	200.116.211.170	Abril 10 de 2026 04:50 pm

Número de Transacción: APII6103328180601419

Pagos Servicios Electrónicos

Fecha: Abril 13 de 2026 10:52 am

¡ El débito a la cuenta se ha realizado EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 7315317W

Estimado cliente: El pago que acaba de realizar está sujeto a aprobación, por favor para concluir el pago, seleccione la opción "Regresar Al Comercio", y verifique el estado final de la transacción, si tiene algún inconveniente, comunúquese con el operador de información en donde liquidó su planilla, o con el comercio desde el cual está efectuando la compra o pago".

Cuenta desde la cual se realizó el pago:	Cuenta de Ahorros *******7562
Comercio Virtual:	SOI ACH
Referencia de Pago:	6015610018
Valor Pagado:	$1.301.516.500,00

Imprimir Cerrar

Banco de Bogotá

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la empresa COMFENALCO SANTANDER identificado(a) con NIT 8902015787 está vinculada al BANCO DE BOGOTA a través de la CUENTA DE AHORROS No. 157563099 desde el 19 de Noviembre de 2015, este producto se encuentra ACTIVO.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 6 de Abril de 2026, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,



OLGA YANIRA OTALORA GUERRERO
Gerencia de soluciones para el cliente
Banco de Bogota

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

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:	TRAV 112 N 20-53	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):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6015610018**	TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril		
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:	AÑO: 2026		
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	218980160		

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	152	$ 79.594.700
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	377	$ 255.035.900
8002279406	231001	231001-COLFONDOS	38	$ 26.879.700
8002530552	230901	230901-SKANDIA OBLIGATORIO	5	$ 5.331.300
8002248088	230301	230301-PORVENIR	297	$ 145.304.600
		SUBTOTAL:	869	**$ 512.146.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9002267153	ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	15	$ 5.327.900
9009142541	EPS046	EPS046-SALUD MIA EPS	45	$ 19.930.000
8300035647	EPS017	EPS017-FAMISANAR	53	$ 44.202.600
9002267153	EPS042	EPS042 - COOSALUD	4	$ 1.591.100
8060083947	ESSC07	ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	1	$ 263.800
9001562642	EPS041	NUEVA EPS CM	32	$ 10.052.800
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	159	$ 80.946.500
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	237	$ 98.947.200
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	252	$ 130.583.700
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	102	$ 41.066.700
		SUBTOTAL:	900	**$ 432.912.300**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8902015787	CCF40	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	887	$ 139.226.200
		SUBTOTAL:	887	**$ 139.226.200**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002261753	14-25	14-25-COLMENA	900	$ 43.152.100
		SUBTOTAL:	900	**$ 43.152.100**
OTROS PARAFISCALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		

Planilla Pagada

8999990341	PASENA	PASENA-SENA	887	$ 69.644.500
8999992392	PAICBF	PAICBF-ICBF	887	$ 104.435.200
		SUBTOTAL:		**$ 174.079.700**

VALOR SIN MORA:	**$ 1.301.516.500**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 1.301.516.500**

