



Bucaramanga, 13 Mayo 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° 2 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° 02
VALOR DEL PAGO:	\$ 4.212.362
FECHA INICIO:	13-feb-26
FECHA DE FINALIZACIÓN:	4-dic-26
DOCUMENTOS ADJUNTOS:	1. Factura N° 401E-540778 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;



XIOMARA ESPINOSA CASTRO
PROMOTOR EVENTOS
C.C 1.095.805.112

INFORMACIÓN DEL CENTRO DE COSTO

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No401E 540778

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
13/05/2026 12:00:00 AM

Fecha y hora de expedición
13/05/2026 10:07:12 AM

Fecha de Vencimiento
11/06/2026

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
2964	ACTIVIDAD JORNADA DE INTEGRACION PARA LOS FUNCIONARIOS ASIST	1	3,539,800.00	19.00	0.00	3,539,800.00
SUBTOTAL						3,539,800.00
DESCUENTO						
TOTAL						3,539,800.00
IVA						672,562.00
ANTICIPOS						0.00
TOTAL A PAGAR						4,212,362.00

SON CUATRO MILLONES DOSCIENTOS DOCE MIL TRESCIENTOS SESENTA Y DOS PESO(S) CON CERO CENTAVO(S)

MEDIO DE PAGO Crédito Ahorro

CRÉDITO	VALOR	TARJETA CRÉDITO	VALOR	BANCO	CUENTA	N° CUENTA
EFFECTIVO	4,212,362.00	VALERA EMPLEADO	0.00	Banco Bogota	Cuenta de Ahorros	157-563099
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:

#\$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 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.

Nombre:

Representante Legal y/o Persona Autorizada

CC:

Aprobado por:

Elaborado por: JENNIFER ANDREA ALVAREZ FONSECA

VIGILADO SuperSubsidio

SOFTWARE





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.

Bucaramanga, 05 Mayo de 2026

Señores

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

Asunto: Informe N° 2- 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:

Insumo	Descripción del Insumo	Unidad de Medida	Cantidad	Valor Unitario (SIN IVA)	IVA 19% (Cuando aplique)	Valor Total Iva incluido
Otros	Actividad jornada de integracion para los funcionarios asistenciales	Global	1	\$ 3.539.800	\$ 672.562	\$ 4.212.362
VALOR TOTAL POR ESTA ACTIVIDAD						\$ 4.212.362

No incluye otros gastos no especificados en la propuesta. El valor varia al modificar cantidades y/o servicios

7. JORNADA DE INTEGRACIÓN PARA LOS FUNCIONARIOS ASISTENCIALES

La actividad estuvo dirigida a 20 funcionarios asistenciales y se llevó a cabo en el Club Lomas del Viento – Comfenalco Santander el día 30 de abril de 2026, en el horario de 7:00 a.m. a 2:00 p.m.

La jornada incluyó un taller vivencial bajo el tema “Reconectarme con lo que soy para sentirme mejor en lo que hago”, el cual estuvo orientado al fortalecimiento del bienestar emocional y el sentido de propósito de los participantes.

La duración de la actividad fue de media jornada (aproximadamente 5 horas).

Se conto con la participación de 18 funcionarios asistentes a la actividad.

Componentes incluidos:

- Se realizó el ingreso al Club Lomas del Viento – Comfenalco Santander.
- Se dispuso de un salón adecuado con sillas y mesas para el desarrollo de las actividades.
- Se llevó a cabo el taller vivencial: “Reconectarme con lo que soy para sentirme mejor en lo que hago”.
- Se brindó desayuno consistente en caldo con huevo (2 unidades), acompañado de arepa amarilla, pan y bebida caliente (café o chocolate).
- Se ofreció almuerzo compuesto por bondiola de cerdo de 200 g en chutney de mango, acompañado de crocantes de papa criolla en infusión de romero, ensalada campesina (maíz, habichuela y zanahoria sobre cama de lechuga crespa con aderezo de miel mostaza) y bebida de 9 onzas.
- Se entregó un estímulo a los participantes, con el propósito de que puedan realizar una terapia de relajación en el momento que consideren más conveniente
- Se garantizó transporte punto a punto.
- Se contó con póliza de seguro contra accidentes.
- Se brindó logística y acompañamiento general durante toda la actividad.

REGISTRO FOTOGRAFICO:





HONOR X8c



HONOR X8c



HONOR X8c



HONOR X8c



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,

A large, stylized handwritten signature in black ink.



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
 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


RSede Recreacional
 Comfenalco Santander

Gimnasio Pedagógico
 Comfenalco 


 Fundación Universitaria
 Comfenalco Santander

Instituto de Educación
 Comfenalco 

 **IPS**
 Comfenalco Santander

 Fondo de Bienestar Social <small>CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA</small>	Proceso Atención a Gerencias Departamentales Formato Recibido a Satisfacción Ejecución de Actividades	Código:	F-M-2120-02
		Versión:	1

**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 jornada de integración para los funcionarios asistenciales”, 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 20 funcionarios asistenciales de la Gerencia Departamental de Santander, contando con la participación de 18 funcionarios, generando una jornada de integración, relajación y reflexión. Durante el encuentro, los funcionarios participaron en un taller vivencial titulado “Reconectarme con lo que soy para sentirme mejor en lo que hago”. La actividad incluyó la entrega de un desayuno y un almuerzo, se contó con el acompañamiento del recurso humano logístico, meseros profesionales. La alimentación sobrante fue repartida entre los asistentes. Se garantizó transporte de ida y regreso.

Fecha Ejecución: jueves 30 de abril de 2026 de 7:00 am a 2:00pm.

Lugar actividad: Club Lomas del Viento – 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 5 días del mes de mayo de 2026, como soporte del proceso de pago de dicho contrato.


GINA MARCELA ROMO SILVA
GERENTE DEPARTAMENTAL DE SANTANDER

REVISÓ: Erwin Rojas Duran
 PROYECTO: Erwin Rojas Duran

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Dirección de Bienestar y Desarrollo -Grupo Gerencias Departamentales	Grupo de Planeación	Fecha: 06 de julio de 2021



CAPACITACION

EVENTO

FECHA: 30 ABRIL 2026	LUGAR: CLUB LOMAS DEL VIENTO
EVENO O TEMA: ACTIVIDAD JORNADA DE INTEGRACIÓN PARA LOS FUNCIONARIOS ASISTENCIALES	ENTIDAD A CARGO: COMFENALCO SANTANDER

Nº	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	CARGO / DEPENDENCIA	TELEFONO CONTACTO O EXT.	E-MAIL	FIRMA
1	Carolina Mendoza Gamarra	Profesional G-1	373639337	carolina.mendoza@contraloria.gov.co	
2	Erwin Rojas Duran	Profesional U2	3172993843	erwin.rojas@contraloria.gov.co	
3	Fabian Andrés Hernández Celi	Aux. admón G-03	308390032	fabian.hernandez@contraloria.gov.co	
4	Gimena Rueda Castro	Secr G 4	3009902324	gimena.rueda@contraloria.gov.co	
5	Héctor Enrique Nino Castellanos	Secretario G-4	3168444029	henino@contraloria.gov.co	
6	Hilda Rueda Rodríguez	Auxiliar Administrativo G-03	3150476565	hilda.rueda@contraloria.gov.co	
7	Ibeth Tatiana Arias León	AUXILIAR OPERATIVO G-01	3044436700	ibeth.arias@contraloria.gov.co	
8	Iván Herrera Reyes				
9	Jon Fredderyck Aguilar Aleman	Auxiliar Operativo	372190093	Jon.Aguilar@contraloria.gov.co	
10	Lady Tatiana Figueroa Calderon	Secretaria G-4	3175764809	lady.figueroa@contraloria.gov.co	
11	Liliana Gordillo Mateus	Auxiliar Operativo	3168599402	liliana.gordillo@contraloria.gov.co	



12	Lina Marcela Olmedo Amara	AUX. Admistr	3124288006	lina.olmedo@	<i>[Handwritten Signature]</i>
13	Lina María Rincon Bohorquez	Secretaria	3246802604	lmaria.rincon@	<i>[Handwritten Signature]</i>
14	Lizardo Augusto Quintero Parra	Secretario	3002872624	lizardo.Quintero@ contraloria-quad.com	<i>[Handwritten Signature]</i>
15	Marleny Aparicio Agredo	Secretaria	3008779630	<i>[Handwritten Signature]</i>	Marleny Aparicio @ Cordoba
16	Mauricio Alejandro Nino	AUX OP. 1	3223582590	mauricio.nino@ contraloria	Mauricio A. Nino
17	Natalia Rojas Pico	HA AUX. OP. 01	3166280569	natalia.rojas@	Natalia Rojas
18	Nohelia Mendoza Guzman	secretaria	3152248689	n.mendoza@contraloria-quad.com	<i>[Handwritten Signature]</i>
19	Robert Albeiro Chaparro Pedraza	Secretaria (modo 01)	3219291380	robert.chaparro@	<i>[Handwritten Signature]</i>
20	Shirley María Katherine Luque Laporte				

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE ACTIVIDADES DE BIENESTAR GERENCIAS DEPARTAMENTALES
JORNADA DE INTEGRACIÓN PARA LOS

 Evento **FUNCIONARIOS ASISTENCIALES** Fecha del evento **30/04/2026**

 Nombre **Mauro A. Nieto** Gerencia departamental **SANTANDER**

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

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, Guías, 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.

Elaboró-Aprobó:

Grupo Atención y Seguimiento Gerencias Departamentales- Dirección de Desarrollo y Bienestar Social

Revisó:

Oficina de Planeación

Publicación:

Fecha: 03 de marzo de 2026

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE ACTIVIDADES DE BIENESTAR GERENCIAS DEPARTAMENTALES
JORNADA DE INTEGRACIÓN PARA LOS
Evento FUNCIONARIOS ASISTENCIALES **Fecha del evento** 30/04/2026
Nombre Héctor Enrique Niño Castellanos **Gerencia departamental** SANTANDER

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

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, Guías, Meseros, entre otros) SI APLICA	1	2	3	4	5	N.A.
1 Servicio amable					<input checked="" type="checkbox"/>	
2 Capacidad para dar soluciones y alternativas					<input checked="" type="checkbox"/>	
3 Presentación personal					<input checked="" type="checkbox"/>	
INSTALACIONES- SI APLICA	1	2	3	4	5	N.A.
4 Estado					<input checked="" type="checkbox"/>	
5 Seguridad					<input checked="" type="checkbox"/>	
6 Aseo del lugar					<input checked="" type="checkbox"/>	
7 Espacio cómodo y adecuado					<input checked="" type="checkbox"/>	
ALIMENTOS Y BEBIDAS- SI APLICA	1	2	3	4	5	N.A.
8 Presentación					<input checked="" type="checkbox"/>	
9 Calidad de los productos					<input checked="" type="checkbox"/>	
10 Porciones adecuadas					<input checked="" type="checkbox"/>	
11 Oportunidad en la entrega					<input checked="" type="checkbox"/>	
TRANSPORTE- SI APLICA	1	2	3	4	5	N.A.
12 Aseo y puntualidad					<input checked="" type="checkbox"/>	
13 Prudencia y amabilidad del conductor para conducir					<input checked="" type="checkbox"/>	
LOGISTICA- SI APLICA	1	2	3	4	5	N.A.
16 Cumplimiento con el horario establecido					<input checked="" type="checkbox"/>	
17 Distribución de los espacios					<input checked="" type="checkbox"/>	
18 Organización de evento					<input checked="" type="checkbox"/>	

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

Elaboró-Aprobó:

Grupo Atención y Seguimiento Gerencias Departamentales- Dirección de Desarrollo y Bienestar Social

Revisó:

Oficina de Planeación

Publicación:

Fecha: 03 de marzo de 2026

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE ACTIVIDADES DE BIENESTAR GERENCIAS DEPARTAMENTALES

Evento JORNADA DE INTEGRACIÓN PARA LOS FUNCIONARIOS ASISTENCIALES Fecha del evento 30/04/2026

Nombre Jon Aquilar Gerencia departamental SANTANDER

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

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, Guías, 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.

Elaboró-Aprobó:	Revisó:	Publicación:
Grupo Atención y Seguimiento Gerencias Departamentales- Dirección de Desarrollo y Bienestar Social	Oficina de Planeación	Fecha: 03 de marzo de 2026

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE ACTIVIDADES DE BIENESTAR GERENCIAS DEPARTAMENTALES
JORNADA DE INTEGRACIÓN PARA LOS

 Evento FUNCIONARIOS ASISTENCIALES Fecha del evento 30/04/2026

 Nombre Hartem Aparicio Agredo Gerencia departamental SANTANDER

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

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, Guías, 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.

Elaboró-Aprobó:

Grupo Atención y Seguimiento Gerencias Departamentales- Dirección de Desarrollo y Bienestar Social

Revisó:

Oficina de Planeación

Publicación:

Fecha: 03 de marzo de 2026

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE ACTIVIDADES DE BIENESTAR GERENCIAS DEPARTAMENTALES
JORNADA DE INTEGRACIÓN PARA LOS

 Evento FUNCIONARIOS ASISTENCIALES Fecha del evento 30/04/2026

 Nombre Gimena Rueda C Gerencia departamental SANTANDER

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

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, Guías, 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.

Elaboró-Aprobó:

Grupo Atención y Seguimiento Gerencias Departamentales- Dirección de Desarrollo y Bienestar Social

Revisó:

Oficina de Planeación

Publicación:

Fecha: 03 de marzo de 2026

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE ACTIVIDADES DE BIENESTAR GERENCIAS DEPARTAMENTALES
JORNADA DE INTEGRACIÓN PARA LOS

 Evento FUNCIONARIOS ASISTENCIALES Fecha del evento 30/04/2026

 Nombre Jabian Andres Hernandez Gerencia departamental SANTANDER

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

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, Guías, 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.

Elaboró-Aprobó:

Grupo Atención y Seguimiento Gerencias Departamentales- Dirección de Desarrollo y Bienestar Social

Revisó:

Oficina de Planeación

Publicación:

Fecha: 03 de marzo de 2026

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE ACTIVIDADES DE BIENESTAR GERENCIAS DEPARTAMENTALES
JORNADA DE INTEGRACIÓN PARA LOS
Funcionarios Asistenciales Fecha del evento **30/04/2026**

 Nombre **NOHELIA Mendez G** Gerencia departamental **SANTANDER**

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

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, Guías, 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.

Elaboró-Aprobó:

Grupo Atención y Seguimiento Gerencias Departamentales- Dirección de Desarrollo y Bienestar Social

Revisó:

Oficina de Planeación

Publicación:

Fecha: 03 de marzo de 2026

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE ACTIVIDADES DE BIENESTAR GERENCIAS DEPARTAMENTALES

Evento JORNADA DE INTEGRACIÓN PARA LOS FUNCIONARIOS ASISTENCIALES Fecha del evento 30/04/2026

Nombre Natalia Rojas Pico. Gerencia departamental SANTANDER

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

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, Guías, 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.

Elaboró-Aprobó:	Revisó:	Publicación:
Grupo Atención y Seguimiento Gerencias Departamentales- Dirección de Desarrollo y Bienestar Social	Oficina de Planeación	Fecha: 03 de marzo de 2026

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE ACTIVIDADES DE BIENESTAR GERENCIAS DEPARTAMENTALES
JORNADA DE INTEGRACIÓN PARA LOS

 Evento FUNCIONARIOS ASISTENCIALES Fecha del evento 30/04/2026

 Nombre Hilda Paola Rodríguez Gerencia departamental SANTANDER

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

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, Guías, 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.

Elaboró-Aprobó:

Grupo Atención y Seguimiento Gerencias Departamentales- Dirección de Desarrollo y Bienestar Social

Revisó:

Oficina de Planeación

Publicación:

Fecha: 03 de marzo de 2026

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE ACTIVIDADES DE BIENESTAR GERENCIAS DEPARTAMENTALES

JORNADA DE INTEGRACIÓN PARA LOS FUNCIONARIOS ASISTENCIALES Fecha del evento **30/04/2026**
 Evento **Lizardo A. Quintero Parra** Gerencia departamental **SANTANDER**
 Nombre

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

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	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, Guías, 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.

Elaboró-Aprobó:

Grupo Atención y Seguimiento Gerencias Departamentales- Dirección de Desarrollo y Bienestar Social

Revisó:

Oficina de Planeación

Publicación:

Fecha: 03 de marzo de 2026

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE ACTIVIDADES DE BIENESTAR GERENCIAS DEPARTAMENTALES
JORNADA DE INTEGRACIÓN PARA LOS
Evento FUNCIONARIOS ASISTENCIALES **Fecha del evento** 30/04/2026
Nombre Liliana Gordillo Muteus **Gerencia departamental** SANTANDER

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

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, Guías, 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.

Elaboró-Aprobó:

Grupo Atención y Seguimiento Gerencias Departamentales- Dirección de Desarrollo y Bienestar Social

Revisó:

Oficina de Planeación

Publicación:

Fecha: 03 de marzo de 2026

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE ACTIVIDADES DE BIENESTAR GERENCIAS DEPARTAMENTALES
JORNADA DE INTEGRACIÓN PARA LOS

 Evento FUNCIONARIOS ASISTENCIALES Fecha del evento 30/04/2026

 Nombre IBETH TATIANA ARIAS LEÓN Gerencia departamental SANTANDER

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

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, Guías, 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.

Elaboró-Aprobó:

Grupo Atención y Seguimiento Gerencias Departamentales- Dirección de Desarrollo y Bienestar Social

Revisó:

Oficina de Planeación

Publicación:

Fecha: 03 de marzo de 2026

**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 cuatro (4) días del mes de mayo 2026.

Cordialmente,



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

UNIDAD
ADMINISTRATIVA
ESPECIAL

**JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES**



Certificado No:

A 9 3 2 6 0 2 0 8 8 7 0 0 E 1 7

**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 *****

Dado en BOGOTA a los 10 días del mes de Marzo de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.


SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

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

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

UNIDAD
ADMINISTRATIVA
ESPECIAL

**JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES**



Certificado No:

A F F F A F 3 1 8 C 4 C 5 A 9 1

**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 *****

Dado en BOGOTA a los 10 días del mes de Marzo de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.


SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

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

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

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

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ES D.C.

Republica 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
UNIVERSIDAD SANTO TOMAS**

FECHA 16/11/95

Presidente

00050981

C 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

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		

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



**Bienvenido al
Módulo
Empresarial:**
Silvia Cristina
Ramirez Mejia

Empresa:
CAJA DE COMPENSACION
FAMILIAR COMFENALCO
SANT

Dependencia:
PAGOS

Dirección IP:
200.116.211.170

**Fecha último
ingreso al
sistema:**
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, comuníquese 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:	SOIACH
Referencia de Pago:	6015610018
Valor Pagado:	\$1.301.516.500,00

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 5 de Mayo de 2026, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,

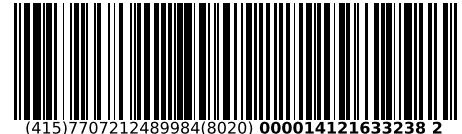


OLGA YANIRA OTALORA GUERRERO
Gerencia de soluciones para el cliente
Banco de Bogota

2. Concepto 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

Persona jurídica

25. Tipo de documento

1

26. Número de Identificación

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

COLOMBIA

1

39. Departamento

Santander

6

40. Ciudad/Municipio

Bucaramanga

0 0 1

41. Dirección principal

AV GONZALEZ VALENCIA 52 69

42. Correo electrónico

contabilidad@comfencosantander.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

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

53. Código

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

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

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:

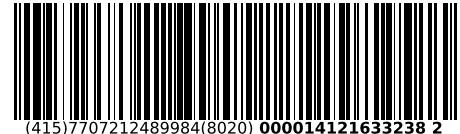
984. Nombre CORTES NIÑO LUIS HERNAN

985. Cargo Representante legal Certificado

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141216332382



(415)7707212489984(8020) 000014121633238 2

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

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

Composición del Capital

Documento	1. Constitución	2. Reforma	Composición del Capital	
71. Clase	0 8		82. Nacional	1 0 0 %
72. Número	2 2 3		83. Nacional público	0 . 0 %
73. Fecha	1 9 6 7 , 1 2 , 0 5		84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
74. Número de notaría			85. Extranjero	0 %
75. Entidad de registro	0 4		86. Extranjero público	0 . 0 %
76. Fecha de registro	1 9 6 7 , 1 2 , 0 5		87. Extranjero privado	0 . 0 %
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			

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			

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141216332382



(415)7707212489984(8020) 0000141216332382

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 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
2	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
3	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
4	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
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

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141216332382



(415)7707212489984(8020) 000014121633238 2

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		Revisor fiscal suplente		Contador	
124. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	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	136. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	137. Número de identificación 9 1 2 4 9 3 3 7
128. Primer apellido PINTO	129. Segundo apellido RUBIO	130. Primer nombre FAUSTINO	131. Otros nombres	140. Primer apellido PEREZ	141. Segundo apellido CARDOZO
132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada		144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV
135. Fecha de nombramiento 2 0 2 2 0 8 1 7				147. Fecha de nombramiento 2 0 2 2 0 8 1 7	
148. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	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	

