CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE

NIT: 892200015

DIRECCION: CALLE 28 No. 25B - 50 TEL: 2799500

SINCELEJO (Sucre)

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

CCF - 2900

Orden No.: 4067

SEÑORES **FONDO DE BIENESTAR SOCIAL CONTRALORIA GENERAL**

NIT	CIUDAD	FECHA FACTURA			HORA		SOMOS EXENTOS DE RETENCIÓN EN LA FUENTE SEGÚN ARTÍCULO 10 DECRETO 124 DE 1997.
800252683	BOGOTA, DISTRITO CAPITAL - (DISTRITO	04	16	2026	05:10:00-05:00		
DIRECCION	TELEFONOS	FECHA VENCIMIENTO			MEDIO DE PAGO:	Otro*	
CRA 69 No 44-35 PISO 4		05	16	2026	FORMA DE PAGO:	Crédito	

ITEM	CANT	DESCRIPCION	CAT	VLR.UNIT.	VLR.BRT	%IMP	VLR.IMP	VLR.TOTAL
1	**1**	**SERVICIO DE RESTAURANTE** PAN PRENSADO COCA COLA 400 ML	**E**	**$ 266.667**	**$ 266.667**	**8.00**	**$ 21.333**	**$ 288.000** $ 288.000
2	**1**	**EVENTOS A EMPRESAS (GRAVADOS)** CAPACITACION SALUD MENTAL EN EL TRABAJO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVCIO No 043 DE 2026 SUPERVISORA YAMILE ESPEJO Yespejo@fbscgr.gov.co	**E**	**$ 333.025**	**$ 333.025**	**19.00**	**$ 63.275**	**$ 396.300** $ 396.300

OBSERVACIONES:		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVCIO No 043 DE 2026	SUBTOTAL	**599.692**
	DESCUENTO	0
	I.V.A. 19%	63.275
	TOTAL IPOCONSMO 8%	21.333
	TOTAL A PAGAR	**684.300**

AUTORIZACIÓN DIAN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA No. 18764099637673 de 2025-10-03, Prefijo CCF, Rango 2640 - 10000

SON: SEISCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS

EL VALOR DEL SUBSIDIO A LA DEMANDA PARA ESTA FACTURA ES: $0.00

ESTA FACTURA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS LEGALES ALA LETRA DE CAMBIO, (SEGUN EL ARTICULO 774 DEL CODIGO DE COMERCIO) CON ESTA EL COMPRADOR DECLARA HABER RECIBIDO REAL Y MATERIALMENTE LAS MERCANCIAS Y SERVICIOS DESCRITOS EN ESTE TITULO VALOR. EL NO PAGO EN LA FECHA ESTIPULADA ACARREARA INTERES DE MORA A LA TASA MAXIMA LEGAL VIGENTE.

FAVOR CONSIGNAR A LA CUENTA DE AHORROS No. 831-13853-2 DEL BANCO AV VILLAS A NOMBRE DE COMFASUCRE Y ENVIAR AL EMAIL: jefe.cartera@comfasucre.com.co DIRIGIDO A LA OFICINA DE CARTERA. Vigilado: Superintendencia del Subsidio Familiar.

		ACEPTADA A SATISFACCION	
John Jarol Ricardo			
ELABORADA POR	AUTORIZADA POR	FIRMA C.C. y/o NIT DEL CLIENTE	FECHA DE RECIBO

CUFE: cb81b59138512321476f6a044231a0208feb72daa165b0a2ea327710facae4cb011c08522d6c6573ba5561d8cebe3882

INFORME DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 043 DE 2026 CELEBRADO ENTRE LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE – COMFASUCRE Y EL FONDO DE BIENESTAR SOCIAL DE LA CONTRALORIA DE GENERAL DE LA REPUBLICA.

SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

INFORME DE ACTIVIDAD REALIZADA

La actividad tuvo como objetivo principal fortalecer y promover la salud mental en los trabajadores, con el fin de prevenir problemas como la ansiedad, la depresión y el estrés negativo que puedan afectar tanto su salud física como mental. Para ello, se presentaron 12 acciones orientadas a mantener y mejorar el bienestar emocional de los participantes.

Durante el desarrollo de la actividad se implementaron las siguientes estrategias:

- Sensibilización sobre la importancia de la autoestima, el autocuidado, el amor propio y la protección de la salud física, mental y emocional.
- Realización de una dinámica denominada **"autoabrazo"**, orientada a fomentar la conexión personal y el autocuidado.
- Proyección de un video psicoeducativo sobre las 12 acciones que permiten fortalecer y mantener la salud mental.
- Espacio de retroalimentación, en el cual los participantes compartieron reflexiones sobre el contenido presentado.
- Elaboración de conclusiones colectivas a partir de lo aprendido.

Se evidenció que los trabajadores y funcionarios de la Contraloría:

- Mostraron una actitud consciente y sensibilizada frente a la importancia del autocuidado.
- Reconocieron la necesidad de mantener y proteger su salud mental.
- Comprendieron la relevancia de fortalecer el bienestar emocional en su vida diaria.
- Asimismo, se destacó la apropiación de conceptos relacionados con:
- La inteligencia emocional, como elemento fundamental para la salud mental.
- La autorregulación emocional, clave en el manejo de situaciones cotidianas.
- La importancia de las relaciones interpersonales saludables.
- Los estilos de comunicación, como factores influyentes en el bienestar psicológico.

La actividad permitió generar un espacio de reflexión y aprendizaje significativo en los participantes, fortaleciendo su compromiso con el cuidado de la salud mental. Se resalta la importancia de continuar promoviendo este tipo de espacios, que contribuyen al desarrollo de habilidades emocionales al mejoramiento de las relaciones interpersonales y al bienestar integral de los trabajadores.

Esta actividad fue realizada a los cuatro días (04) días de abril del 2026 y contó con la asistencia de treinta y tres (33) funcionarios de la Contraloría.

La jornada consistió en dinámicas lúdicas de integración, y se ofreció a los asistentes comida con bebida, incluyendo 32 panes prensados más bebidas.

Además, se proporcionó la logística necesaria, tanto humana como material, para el adecuado desarrollo del evento, asegurando la presencia de personal calificado y el apoyo logístico correspondiente.

Atentamente,

DORIS ESTHER BENAVIDES TIRADO
Directora Administrativa
COMFASUCRE

Anexo: 7 Folios
Listado de asistencia
Encuesta a satisfacción
Certificado a satisfacción

Proyecto: Angie.Trujillo

FONDO DE BIENESTAR SOCIAL CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA	SICME	Código: F-A-430-13
	MACROPROCESO: APOYO	Versión: Vr.3
	PROCESO: TALENTO HUMANO	Fecha de Aprobación: Junio 29 del 2017
	Nombre del Formato: Listado de Asistencia	Página 1 de 1

☐ CAPACITACION ☐ EVENTO

FECHA: 09-04-2026	LUGAR: Auditorio Gerencia Sucre
EVENTO O TEMA: ACTIVIDAD SALUD MENTAL EN EL TRABAJO	ENTIDAD A CARGO: COMFASUCRE

N°	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	CARGO / DEPENDENCIA	TELEFONO CONTACTO O EXT.	E-MAIL	FIRMA
1	Elsa Aluz	Aux. Adtivo	3012911107	[illegible]	
2	Yesell Tbaquira A	[illegible]	3016671985	[illegible]	
3	Germán Borrero Torres	Grupo Vig F	3025639793	[illegible]	
4	Luis David Navas Diaz	Grupo Vig F	3014081605	[illegible]	
5	Pablo Perez Espitia	" "	3006550746	[illegible]	
6	Luis E. del Castillo Z	Grupo Portic Geo	3046791098	[illegible]	
7	Natali Caliz Vélez	Profesional - GPC	3012143905	[illegible]	
8	Rosalia Arrieta Fuentes	Secretaria - Ofisa	3186785207	[illegible]	
9	Jose Carlos Ruiz Humanez	Profesional Grado 01	3005445707	[illegible]	
10	Luis Fernando Alcudete G	Prof Vacante E	3205613217	[illegible]	
11	Luis Guillermo Mier Jiménez	Prof. Univ. Grado 02	3218349609	[illegible]	
12	Wilmer Ballesta N	PROU - Grado 01	3126940593	[illegible]	
13	Carmen Martinez G	Prof. Univ. G-02	3104461408	[illegible]	
14	Emiro Perez Hurtado	Prof. Univ. Grado 01	3016894948	[illegible]	
15	Mg Edwin Vargas Rojas	Secretario Vig Fiscal	3003145800	[illegible]	
16	Lissette Paola Salcedo Vald	Profesional grado 01	3003744937	[illegible]	
17	Wilson DelaOssa Ch	PU. G-02	3006186195	[illegible]	
18	Angel Montes Cohen	Grupo. Vig. Fisc - G-02	3022390492	[illegible]	

FONDO DE BIENESTAR SOCIAL CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA	SICME	Código: F-A-430-13
	MACROPROCESO: APOYO	Versión: Vr.3
	PROCESO: TALENTO HUMANO	Fecha de Aprobación: Junio 29 del 2017
	Nombre del Formato: Listado de Asistencia	Página 2 de 1

☐ CAPACITACION ☐ EVENTO

FECHA: 09-04-2026	LUGAR: Auditorio Gerencia Sucre
EVENTO O TEMA: ACTIVIDAD SALUD MENTAL EN EL TRABAJO	ENTIDAD A CARGO: COMFASUCRE

N°	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	CARGO / DEPENDENCIA	TELEFONO CONTACTO O EXT.	E-MAIL	FIRMA
19	Vilma Pacheco Torres	Prof U. G. Orientación	3015499588	Vrpacheco@unisucre.edu.co	
20	ALISON MARTINEZ U	PROF UNIV. G 01	3107968224	alison.martinez@comfasucre.co	
21	RICARDO PIÑEROS	Prof Un 6.01	3124868141	ricardo.rivera@comfasucre.co	
22	Carlos Causado	Aux Apoyo	3008208065	carloscausado@	
23	María Carpo Alvarez	Prof. U. C. 01	3106656642	maria.carpo@comfasucre.gov.co	
24	Alberto Marquez	AUX Operativo	3013828945	Alberto.marquez@	
25	Sema Muñoz Ruiz	Auxiliar Apoyo	3146009678	Sema.Munoz@comfasucre.com	
26	Sthefany Gonzalez H.	Prof. Universitario	3135250038	Sthefany.gonzalez	
27	Lelana Fuentes S	Prof U. Edo 02	3168324370	lfuentes@comfasucre.com	
28	Olga N. Orozco	Prof G 01	3114122176	olga.navarro@	
29	Manuel Mendoza B.	Prof U. 02	3006458627	manuel.mendoza@ecgr	
30	Zulay Amell Herrera	Prof Univ. grado 01	316043.5856	zulay.amell@egr.gov.co	
31	Luzedy Contreras Duran	prof. Univ. Edo 03	3215393472	luzedy.contreras@comfasucre.co	
32	Arever Villamil Ovesep	Prof. U 604	3007551112	arever.villamil@comfasucre.co	
33	Merly Perez Hernandez	Prof. U. 601	3008024112	merly.perez@comfasucre.co	
34					
35					
36					

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 Actividad Salud Mental en el trabajo **Fecha del evento** 09-04-2026

Nombre Carmen Martinez G.T. **Gerencia departamental** Sucre

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, 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 Actividad Salud Mental en el trabajo **Fecha del evento** 09-04-2026

Nombre Lissette Salcedo **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 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 Actividad Salud Mental en el trabajo **Fecha del evento** 09-04-2026

Nombre Vilma Rosa Pacheco **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					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.

La capacitadora de Salud Mental, es Satisfactoria ya q se abre con el tema grupal e individual por una devolución de aprendizaje en conjunto gestos y verbal

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 Actividad Salud Mental en el trabajo **Fecha del evento** 09-04-2026

Nombre Angel Mendez Cleves **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.

EL SUSCRITO GERENTE DEPARTAMENTAL DE LA GERENCIA COLEGIADA SUCRE DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

CERTIFICA

Que recibió a satisfacción por parte **de CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE - COMFASUCRE, NIT 892200015-5**, la ejecución de la actividad denominada **SALUD MENTAL EN EL TRABAJO**, como parte del contrato de prestación de servicios y apoyo a la gestión N.º 043 de 2026, cuyo objeto es contratar la prestación de servicios de organización logística y desarrollo de programa de recreación cultura, deporte y salud dirigido a la Gerencia Departamental Sucre, de acuerdo al Plan de Bienestar para la vigencia 2026.

La actividad se llevó a cabo el 9 de abril de 2026 en el Auditorio de la Gerencia Departamental Colegiada de Sucre, el cual cuenta con el espacio necesario para esta actividad, dirigido a 32 funcionarios asistiendo 33 personas, se brindó refrigerios a los asistentes.

En las encuestas de Satisfacción los funcionarios mencionan que la capacitación de Salud Mental fue satisfactoria ya que se abre en el tema grupal e individual para un aprovechamiento en conocimiento practico y verbal, además la calidad de los alimentos y bebidas también fueron satisfactorias.

En los anteriores términos se firma la presente certificación en la ciudad de Sincelejo a los 10 días del mes abril de 2026 como soporte del proceso de pago de dicho contrato.

JOSE MANUEL ACOSTA DE LA OSSA
Gerente Departamental Colegiada de Sucre

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE
IDENTIFICACIÓN:	NI-892200015
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2026-04-08
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-04-08
PERÍODO PENSIÓN:	2026-03
PERÍODO SALUD:	2026-04
NÚMERO PLANILLA:	36999608
TOTAL COTIZANTES:	335
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	36999608
TIPO DE PLANILLA:	E

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
CCFC33	901543761	FAMILIAR DE COLOMBIA	15	$ 0	$ 0	$ 0	$ 5.048.800	$ 5.048.800
CCFC55	901543211	EPS PROTEGER	3	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.170.300	$ 1.170.300
EPS002	800130907	SALUD TOTAL	166	$ 0	$ 0	$ 0	$ 79.043.400	$ 79.043.400
EPS005	800251440	SANITAS	35	$ 0	$ 0	$ 0	$ 27.008.500	$ 27.008.500
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	23	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8.690.000	$ 8.690.000
EPS041	900156264	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	11	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.369.300	$ 3.369.300
EPS048	806008394	EPS-S MUTUAL SER	29	$ 0	$ 0	$ 0	$ 10.778.900	$ 10.778.900
ESSC07	806008394	EPS-S MUTUAL - MOV	47	$ 0	$ 0	$ 0	$ 14.098.800	$ 14.098.800
ESSC24	900226715	EPS-S COOSALUD	6	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.399.500	$ 1.399.500
Subtotal Salud		9	335	$ 0	$ 0	$ 0	$ 150.607.500	$ 150.607.500
230201	800229739	PROTECCION	13	$ 0	$ 0	$ 0	$ 5.283.000	$ 5.283.000
230301	800224808	PORVENIR	143	$ 144.000	$ 144.000	$ 0	$ 66.796.300	$ 66.796.300
231001	800227940	COLFONDOS	6	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.304.500	$ 2.304.500
25-14	900336004	COLPENSIONES	172	$ 1.074.100	$ 1.074.100	$ 0	$ 120.543.800	$ 120.543.800
Subtotal Pensión		4	334	$ 1.218.100	$ 1.218.100	$ 0	$ 194.927.600	$ 194.927.600
14-8	860022137	SEGUROS DE VIDA AURORA	335	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8.537.200	$ 8.537.200
Subtotal ARL		1	335	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8.537.200	$ 8.537.200
CCF41	892200015	CCF DE SUCRE	335	$ 0	$ 0	$ 0	$ 48.184.100	$ 48.184.100
Subtotal CCF		1	335	$ 0	$ 0	$ 0	$ 48.184.100	$ 48.184.100
PASENA	899999034	SENA	335	$ 0	$ 0	$ 0	$ 24.101.500	$ 24.101.500
PAICBF	899999239	ICBF	335	$ 0	$ 0	$ 0	$ 36.142.900	$ 36.142.900
		Total a pagar		$ 1.218.100	$ 1.218.100	$ 0	$ 462.500.800	$ 462.500.800

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: 07/05/2026

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002 Y LEY 828 DE 2003 PERSONA JURIDICA

En mi condición de Revisor Fiscal de la **CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE – COMFASUCRE** identificado con Nit. 892200015-5. Certifico que el pago de los aportes realizados por la Entidad durante los últimos seis meses calendario legalmente exigibles a la fecha de la presentación de este documento por los conceptos de Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, Caja de Compensación Familiar, Instituto colombiano de bienestar familiar y servicio nacional de aprendizaje. Estos pagos, corresponden a los montos liquidados en las respectivas planillas del operador ASOPAGOS, contabilizados y pagados por la entidad durante dichos 06 meses. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Dada en Sincelejo a los (16) días del mes de abril de 2026

JUAN JAVIER VILLALBA VELASQUEZ
Revisor Fiscal COMFASUCRE

TP. 104166-T

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

C 8 4 F D 4 1 C E 6 6 F F D 8 4

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 **JUAN JAVIER VILLALBA VELASQUEZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 92530986 de SINCELEJO (SUCRE) Y Tarjeta Profesional No 104166-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA **ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS** * * *

IDEOS

Juan Villalba V.

FIRMA DEL TITULAR 23997

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.

CODIFORMES CONAL 2003560

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
104166-T



JUAN JAVIER
VILLALBA VELASQUEZ
C.C. 92530960
RESOLUCION INSCRIPCION 189 FECHA 2004/09/16
UNIVERSIDAD CORP. UNIV. DEL CARIBE

PRESIDENTE

MIGUEL TIQUE PEÑA 13663

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **92.530.986**

VILLALBA VELASQUEZ
APELLIDOS

JUAN JAVIER
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-FEB-1978**

SINCELEJO
(SUCRE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA | **AB+** G.S. RH | **M** SEXO

06-JUN-1996 SINCELEJO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-2600100-00129861-M-0092530986-20081119 0006407571A 1 7560014317