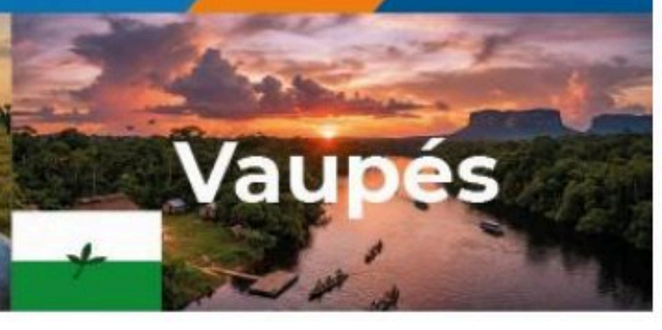








INFORME INTEGRACIÓN CON ACOMPAÑANTE

SEGÚN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 025-2026

FONDO DE BIENESTAR SOCIAL CONTRALORIA GENERAL DE LA REPÚBLICA

DEPARTAMENTAL VICHADA

MAYO 2026



Ciudad: Puerto Carreño	**Fecha y hora de inicio:** 22 de Mayo de 2026 01: 00 PM	**Fecha y hora finalización:** 22 de Mayo de 2026 05:00 pm
Lugar: Centro Recreacional Villa Sofia		
Actividad: Integracion con Acompañante		
Objetivo: Realizar la actividad Día de integración con acompañante para los funcionarios de CGR Gerencia Departamental Vichada según contrato de bienestar N° 025-2026.		
Valor de la actividad: Ocho Millones Trecientos Noventa y Siete Mil Doscientos Once Pesos M/Cte. ($8.397.211).		
Participantes: Se prestó logística para 62 funcionarios de la Gerencia Departamental Colegiada del Vichada.		
Supervisores: **Entidad Contratante FBS:** Karoll Viviana Silva Cadena **Entidad Contratista COMCAJA:** Clarena María Hurtado Lizcano		

Desarrollo de la actividad

En cumplimiento de las obligaciones establecidas en el Contrato de Prestación de Servicios N.º 025 de 2026, suscrito entre COMCAJA y el Fondo de Bienestar Social de la Contraloría General de la República, cuyo objeto es **"Contratar la prestación de servicios para la logística, organización y realización de las actividades del Plan de Bienestar de la Gerencia Departamental Vichada para la vigencia 2026"**, me permito presentar el informe correspondiente a la ejecución de una de las actividades programadas dentro de dicho plan.

Previo a la realización del evento, se llevó a cabo una reunión de coordinación entre la representante de los trabajadores ante el Fondo de Bienestar Social, profesional universitaria Nury Burgos, y la Jefe de la Unidad Departamental de COMCAJA Vichada, Clarena Hurtado. En este encuentro se confirmaron aspectos logísticos esenciales como el menú, la fecha, la hora y el lugar de la actividad, asegurando que todo estuviera debidamente organizado para recibir a los participantes.

Se tenía prevista la asistencia de 62 participantes, quienes asistieron en su totalidad. El evento dio inicio con unas palabras de agradecimiento por parte de la gerente de la Contraloría, Dra. Nubia Alonso, quien resaltó la importancia de estos espacios como una oportunidad para compartir en familia y salir de la rutina diaria.



Durante la jornada se realizó un show musical con cantantes y un grupo llanero en vivo. Asimismo, se contó con la participación de dos parejas de baile, quienes realizaron demostraciones de baile criollo y académico, interactuando activamente con el público asistente. De igual manera, se suministró el menú previamente acordado para el desarrollo de la actividad.

Los asistentes manifestaron su satisfacción con el desarrollo del evento y agradecieron a las personas e instituciones responsables de su organización y ejecución.

Anexos:

- Evidencia fotográfica
- Planillas de asistencia
- Encuestas de satisfacción
- Certificado de Recibo a Satisfacción expedido por la Gerente de la CGR

Cordialmente,

EDGAR FABIO GARCIA
Director Administrativo COMCAJA
Caja de Compensación Familiar Campesina Comcaja

CLARENA MARÍA HURTADO LIZCANO
Jefe Departamental Vichada

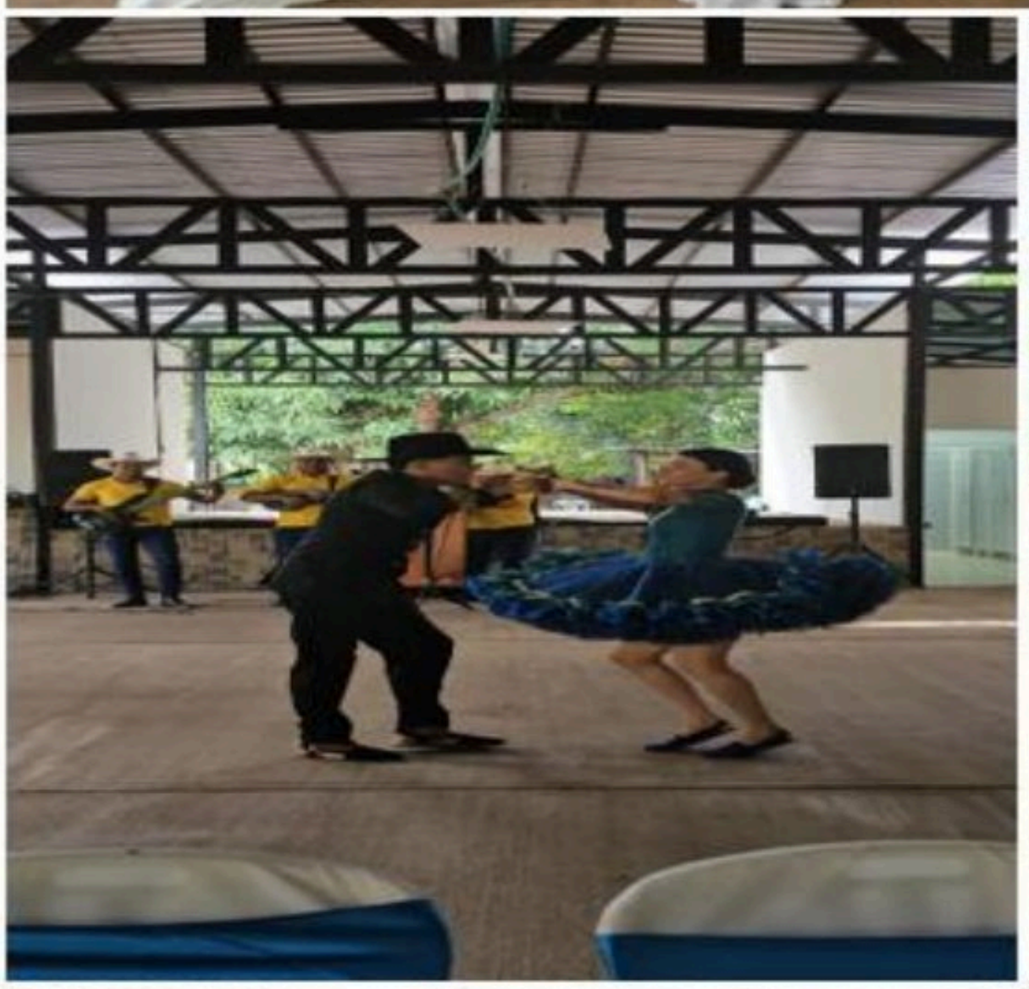
Revisado:

ANDRES MAURICIO MOLINA ÁVILA
Líder Unidad Misional de Servicios Sociales

V.°B.°: PMR.
GLORIA PATRICIA MOLINA ROMERO
Subdirectora de Servicios Sociales

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA












Guaviare


Guainía


Vichada


Vaupés









Factura Electrónica de Venta
Nro. Doc.: VICD2511
Fecha y Hora de Generación: 2026-05-29 08:18:46
Fecha validación: 2026-05-29 08:26:47-05:00
Fec. Vcto.: 2026-06-29

Nº Resolución: 18764095998119 **Prefijo:** VICD **Consecutivo:** 1662 hasta 3000 **Fecha:** 2025-07-23 **hasta** 2026-07-23

Datos del Emisor	Datos del Adquirente
Razón social/Nombre: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAMPESINA **NIT:** 800231969-4 **Actividad Económica:** 8413 **Responsabilidad:** No aplica – Otros - **Dirección:** CL 15 13 70 - PUERTO CARREÑO - Vichada - CO **Teléfonos:** 3112098060 **Contacto:** ADRIANA AVILA **E-mail:** ADRIANA.AVILA@COMCAJA.GOV.CO	**Razón social/Nombre:** FONDO DE BIENESTAR SOCIAL DE LA CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA **NIT:** 800252683-3 **Actividad Económica:** 8412 **Dirección:** CR 69 44-35 - BOGOTÁ, D.C. - Bogotá - CO **Teléfonos:** 6013532760 **E-mail:** siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

#	Código	Cant.	Medida	Descripción	Valor Unitario	%Impuesto	Impuesto	Descuento	Valor Total
1	249	1.0	94	Servicio - DIA DE INTEGRACION CON ACOMPAÑANTE	7,056,480.0	IVA 19.00	1,340,731.0		8,397,211.0
Total Items			1						

Impuestos		
Tipo de Impuestos	Monto Base	Total
IVA : 19.00%	7,056,480.0	1,340,731.0

Totales	
SUBTOTAL:	7,056,480.0
TOTAL Base Imponible:	7,056,480.0
IVA	1,340,731.0
TOTAL:	8,397,211.0
TOTAL en letras: Ocho Millones Trescientos Noventa Y Siete Mil Doscientos Once Con Cero COP	
Redondeo Aplicado:	0.0

Información Adicional

Observaciones:
#$A-03-04-02-016, Cto 025 de 2026;ksilva@fbscgr.gov.co#$
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 035 DE 2025 SUSCRITO ENTRE COMCAJA Y EL FONDO DE BIENESTAR SOCIAL DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
“Contratar la Prestación de servicios de organización logística y desarrollo de programa de Recreación cultura, deporte y salud dirigido a la Gerencia Departamental - Vichada.
siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

Medios de Pago

Forma de Pago	Medio de Pago	Fecha de Vencimiento	Número de Referencia	Código Referencia	Número de Días	Código Banco	Banco	Número de Transferencia	Código del Canal de Pago
Crédito	Consignación bancaria	2026-06-29	111						

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

CUFE: 1dfc713fabd7afe7f4ddda229372c7fec7f1e9b4308fdb0b2bb8b0268eb1eee170ec0a0a560c65d80e4b4edfcc17c43d
Representación impresa de Factura Electrónica de Venta
Proveedor Tecnológico: The Factory HKA Colombia SAS - NIT: 900390126-6
TFHKA_CO900390126 - Máster: +57 - 317 668 7663 - https://www.thefactoryhka.com/co/ - Versión de template: co-default-21-794

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

CERTIFICA

Que recibió a satisfacción por parte de La Caja de Compensación Familiar Campesina - COMCAJA, la ejecución de la actividad denominada **ACTIVIDAD DÍA DE INTEGRACIÓN CON ACOMPAÑANTE** como parte del contrato de prestación de servicios y apoyo a la gestión N.º 025-2026, 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- Vichada, de acuerdo al Plan de Bienestar para la vigencia 2026, dirigidas a los funcionarios de la Gerencia Departamental Colegiada de Vichada y acompañante, realizada el pasado 22 de mayo del 2026.

En los anteriores términos se firma la presente certificación a los 26 días del mes de mayo 2026 en la ciudad de Puerto Carreño, Vichada, como soporte del proceso de pago de dicho contrato.

NUBIA INES ALONSO CARDENAS

GERENTE DEPARTAMENTAL

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: 22 - Mayo - 2026	LUGAR: Centro Vacacional Villa Sofia
EVENTO O TEMA: Integración Con Acompañantes.	ENTIDAD A CARGO:

N°	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	CARGO / DEPENDENCIA	TELEFONO CONTACTO O EXT.	E-MAIL	FIRMA
1	Rafael Orlando Cote	C. Gestión Gr. 02	3102664974	rafael.cote@	
2	YELITZA BRITO	PU GRADO 01	3142144444	Yelitza.brito@cgr	
3	Fabian Parra P	PU Grado 02	3169539855	fabian.parra@cgr	
4	Mariela Almarales	PU. Grado 01	3006081856	mariela.almarales@.	
5	Daniel Felipe Olarte León	PE Grdo 03	3016975901	daniel.olarte@	
6	Erika Yuliana Mejia Cantillo	P.U Grado 02	3114453818	erika.mejia@	
7	Mille Hernandez Alvarado	P. U. Grado 02	3102387264	mille.alvarado@	
8	Jose Alexander Rojas	C. Gestión 02	3143320472	jose.rojase@contraloria.gov.co	
9	Olga Pérez Calderon	C. Gestión 01 (E)	3103297938	dge.perez@contrak	
10	Nubia Alonso C	Gerente	3118655350	nubia.alonso@	
11	NURY BURGOS	P.U. Grado 02	3113839567	Nury.burgos@-	
12	Luisa F. Londoño Gomez	PU Grado 01	3047451545	luisa.londono	
13	Yudy Guamá	Aux. Adm. Gr. 03	3162127270	yudy.guama@cgr.	yudy Guamá
14	Fernando Barrios	Cond. 01	3124087293	fernando.barrios	
15	Eneida Cordoba	G. V. F.	3'8248218	eneida.cordoba@	
16	Franklin Reyes Torres	Despacho	3109554754	franklinreyes@cm	FRANKLIN REYES
17	Maria Helena Rojas Cardenas	G. V. F.	3214246768	maria.rojas@cgr.	
18	Sandra A.	GRF	3132092103	sandramolina@	
19	Claudia Garcia Narvaez	Despacho	3502342625	Claudia.garcia	

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

N°	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	CARGO / DEPENDENCIA	TELEFONO CONTACTO O EXT.	E-MAIL	FIRMA
20	Nancy Ayala	Tecnologa		nayala@cgr	
21	Diego Gomez Ayala	Invitado			Diego Gomez
22	Yojes Diaz castaneda	Provincedel	3219639691	Yojes.diaz@ contrat.	
23	Jose Bustos	PG2	3152900	Jose.bust	
24	Elsa Clarena Segura	Despacho	3132694604	elclesa1627@gmail.	
25	Rafael Mejia	Responsabilidad	3103490012	rafael.mejia	
26	Omar Bonilla	Vigilancia	3132299704	Omar.bonilla	
27	Nohy Segura C.	Despacho	3116406376	no.bi.cap	
28	Viviana Peña	Acompañant.	3154308720	Viviana.pena@gmail.	
29	Johana Andrea Aldana	Acompañant.	3102664974	Jhoana09@gmail.com	
30	Jennifer Perez	Acompañante.	3214887088		Jennifer Perez
31	Gustavo Bareto	Acompañante	3227109647	Gustavo-bareto@gmail.	Gustavo Bareto
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					

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 INTEGRACION CON FUNCIONARIOS **Fecha del evento** 22-may-26

Nombre YEUTZA BRITO PINTO **Gerencia Departamental** **Vichada**

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 PRESTACION 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 funcionario					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 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 Integracion con Acompañante **Fecha del evento** 22-may-26

Nombre _____ **Gerencia Departamental** **Vichada**

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 PRESTACION 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 funcionario						

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.

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

Evento Integración con Acompañante. **Fecha del evento** 22-may-26

Nombre _____ **Gerencia Departamental** **Vichada**

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 PRESTACION 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 funcionario						

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 Integracion con Acompañamiento **Fecha del evento** 22-may-26

Nombre _____ **Gerencia Departamental** **Vichada**

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 PRESTACION 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 funcionario						

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.

Muy bien por el evento

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

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 INTEGRACIÓN CON PROMOTORES **Fecha del evento** 22-may-26

Nombre NULY PAOLA HUMANO **Gerencia Departamental** **Vichada**

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 PRESTACION 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 funcionario						

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.

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

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 Integración llanera. **Fecha del evento** 22-may-26

Nombre Maria Helena Rojas Cadena **Gerencia Departamental** **Vichada**

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 PRESTACION 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 funcionario					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.

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

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 Integración Llanera. **Fecha del evento** 22-may-26

Nombre Erika Yuliana Mejia. **Gerencia Departamental** **Vichada**

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 PRESTACION 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 funcionario					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.

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

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 INTEGRACIÓN MANERA . **Fecha del evento** 22-may-26

Nombre ENEIDA M. CURDOZO B. **Gerencia Departamental** **Vichada**

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 PRESTACION 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 funcionario					✓	

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.

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

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 Integridad llanera **Fecha del evento** 22-may-26

Nombre Pedro Correa **Gerencia Departamental** **Vichada**

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 PRESTACION 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 funcionario					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						
	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

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 Integración llanera **Fecha del evento** 22-may-26

Nombre Miller Alexander Alvarado Pardo **Gerencia Departamental** **Vichada**

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 PRESTACION 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 funcionario					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.

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

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 Integración Navideña **Fecha del evento** 22-may-26

Nombre Retos Mejor Modelo **Gerencia Departamental** **Vichada**

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 PRESTACION 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 funcionario						

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.

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

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 Integracion Navideña **Fecha del evento** 22-may-26

Nombre Maribela Almanza **Gerencia Departamental** **Vichada**

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 PRESTACION 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 funcionario						

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.

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

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 INTEGRACION CON DIA/SEÑORA **Fecha del evento** 22-may-26

Nombre Franklin Reyes Forero **Gerencia Departamental** **Vichada**

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 PRESTACION 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 funcionario						

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 INTEGRACION CON FAMILIA **Fecha del evento** 22-may-26

Nombre Fabian Pomo Pinzon **Gerencia Departamental** **Vichada**

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 PRESTACION 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 funcionario					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 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 Integración funcionarios **Fecha del evento** 22-may-26

Nombre Lubia Alonso C **Gerencia Departamental** **Vichada**

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 PRESTACION 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 funcionario					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 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 INTEGRACION CON DOMINGUERO **Fecha del evento** 22-may-26

Nombre Olga Perez Calderon **Gerencia Departamental** **Vichada**

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 PRESTACION 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 funcionario					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, 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						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					✓	
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:	**Revisó:**	**Publicación:**
Grupo Atención y Seguimiento Gerencias Departamentales- Dirección de Desarrollo y Bienestar Social	Oficina de Planeación	**Fecha:** 03 de marzo de 2026

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 Inter Bruja Llanera **Fecha del evento** 22-may-26

Nombre Fernando Benjumea **Gerencia Departamental** **Vichada**

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 PRESTACION 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 funcionario					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.

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

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 INTEGRACION CON MUNICIPIOS **Fecha del evento** 22-may-26

Nombre _____ **Gerencia Departamental** **Vichada**

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 PRESTACION 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 funcionario						

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.

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

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 Integración llanera. **Fecha del evento** 22-may-26

Nombre Luisa f. Londoño Gomez **Gerencia Departamental** **Vichada**

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 PRESTACION 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 funcionario						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						
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 INTEGRACION CON PENSIONADOS **Fecha del evento** 22-may-26

Nombre CESAR BONILLA **Gerencia Departamental** **Vichada**

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 PRESTACION 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 funcionario						

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 Integración llanera. **Fecha del evento** 22-may-26

Nombre Clarena García Mazora. **Gerencia Departamental** **Vichada**

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 PRESTACION 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 funcionario						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.

-las porciones de alimento super bien, la falencia estuvo en la entrega de bebidas, fue muy poca.
-No se recogió a tiempo los platos con desperdicios y esto generó mucha mosca.

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

SAC CONSULTING
Auditorías • Asesorías • Interventorías

CERT. - 015-2026

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL

DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAMPESINA – COMCAJA

En calidad de Revisor Fiscal para la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAMPESINA — COMCAJA**, identificada con NIT. 800.231.969-4, he efectuado los procedimientos de revisión que se detallan a continuación con el propósito de verificar el pago realizado por la entidad por concepto de aporte a los Sistemas de Salud, Pensiones, Riesgos profesionales y a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), por el período correspondiente de octubre, noviembre y diciembre de 2025 y enero, febrero y marzo de 2026.

El pago de dichos aportes es responsabilidad de la administración de la Entidad como parte de su gestión, mi responsabilidad de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 del 27 de diciembre de 2002, es emitir un informe sobre el cumplimiento de tales obligaciones.

Los procedimientos de revisión realizados fueron los siguientes:

a) Indagación con el personal del área responsable, en relación con los procedimientos utilizados para la identificación y pago de los aportes a los Sistemas de Salud, Pensiones Riesgos profesionales y a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

b) Obtención del comprobante de pago electrónico de aportes a los Sistemas de Salud, Pensiones y Riesgos profesionales y a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), realizado por la Entidad por el período correspondiente de octubre, noviembre y diciembre de 2025 y enero, febrero y marzo de 2026.

c) Comparación del reporte de pago electrónico según se menciona en el literal anterior, con los registros contables de la Entidad para dicho período. Con base en el resultado de los procedimientos enumerados anteriormente, por el período correspondiente de octubre, noviembre y diciembre de 2025 y enero, febrero y marzo de 2026, informo que, a la fecha del presente documento, la Entidad se encuentra al día en el pago de los aportes a los Sistemas de salud, Pensiones y Riesgos profesionales y a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

La presente certificación se expide en Bogotá D.C., a los veintiocho (28) días del mes de abril de dos mil veintiséis (2026).

NEVER ENRIQUE MEJÍA MATUTE
Revisor Fiscal
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAMPESINA – COMCAJA
Miembro de SAC CONSULTING S.A.S.