Montería, 05 de noviembre de 2026

Señores:
FONDO DE BIENESTAR SOCIAL DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

ASUNTO: Informe de la Actividad Recreativa "Día de los Niños de la CGR", ejecutada en desarrollo del Contrato de Prestación de Servicios CTO-032-2026 celebrado entre la Caja de Compensación Familiar de Córdoba COMFACOR y el Fondo de Bienestar Social de la Contraloría General de la República.

Cordial saludo,

Por medio de la presente rendimos informe de la actividad recreativa denominada **"Día de los Niños de la CGR"**, desarrollada en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios CTO-032-2026 celebrado entre la Caja de Compensación Familiar de Córdoba COMFACOR y el Fondo de Bienestar Social de la Contraloría General de la República.

La actividad se llevó a cabo de acuerdo con la programación establecida, contando con la participación de aproximadamente **22 niños y 22 adultos**, quienes disfrutaron de una jornada diseñada para promover el bienestar, la integración familiar, la recreación y el sano esparcimiento. La actividad se desarrolló en condiciones adecuadas y con total normalidad, cumpliendo satisfactoriamente con los objetivos previstos. Basado en la actividad cotizada mostrada en la imagen aportada por el usuario.

Para el desarrollo de la jornada se dispuso de los recursos humanos, logísticos y recreativos necesarios, garantizando el adecuado acompañamiento y disfrute de los participantes. Entre las actividades y servicios suministrados se destacan:

- Servicio de **pinturitas infantil**, mediante el cual se realizaron diseños y figuras recreativas para los niños participantes.
- **Animación dirigida**, desarrollada por personal recreativo encargado de coordinar juegos, concursos, dinámicas de integración y actividades lúdicas para los asistentes.
- Disposición del espacio mediante el **alquiler de auditorio en jornada diurna**, garantizando comodidad y seguridad para el desarrollo de la actividad.
- Entrega de **hidratación permanente**, mediante suministro de agua para los participantes durante la jornada.
- Suministro de **30 refrigerios para niños**, de acuerdo con las opciones previstas dentro de la actividad participaron 22 el restante se le entrego a la persona encargada
- Suministro de **30 refrigerios para adultos**, elaborados conforme a las alternativas establecidas en la programación, participaron 22 adultos y el restante fue entregado a la persona a cargo de la actividad.

Vigilado Supersubsidio

Durante la jornada se observó una activa participación de los niños y sus acompañantes en las actividades recreativas programadas, generando espacios de integración familiar, recreación y convivencia. Las dinámicas desarrolladas permitieron fortalecer los lazos de compañerismo entre los funcionarios y sus familias, contribuyendo al cumplimiento de los objetivos del programa de bienestar institucional.

La actividad fue ejecutada en su totalidad conforme a lo programado, cumpliendo con los servicios contratados y garantizando una adecuada atención a los asistentes. Los participantes manifestaron satisfacción con la organización del evento, las actividades recreativas desarrolladas, los refrigerios suministrados y la logística dispuesta para la atención de los asistentes.

El número de participantes se encuentra soportado en las respectivas planillas de asistencia y registros fotográficos anexos, los cuales evidencian la ejecución efectiva de la actividad.

Atentamente,

JAIME VERGARA KERGUELEN
Gerente Recreación, Turismo y Deporte

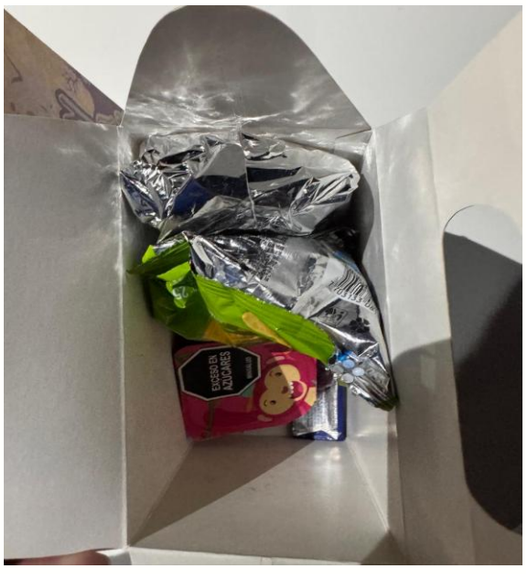
Anexos:

- Planillas de asistencia.
- Registro fotográfico de la actividad.
- Encuestas de satisfacción aplicadas a los participantes.
- Evidencias de ejecución de la actividad.

Vigilado Supersubsidio









Vigilado Supersubsidio

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: 30-10-2026	LUGAR: TACASCAN
EVENTO O TEMA: DIA DE LOS NIÑOS DE LA CGR.	ENTIDAD A CARGO: COMFACOR.

N°	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	CARGO / DEPENDENCIA	TELEFONO CONTACTO O EXT.	E-MAIL	FIRMA
1	Humberto Bartel Reyes	Profesional Grad 2	3126912735	humbertoreyesbartel@hotmail.com	
2	Consuelo Sánchez	Profesional grado 2	3143189051	[illegible]	
3	Rodolfo Mendez A	Profesional grado 1	3103625932	rodolfo.mendez@cgr	
4	Jose Reyes M	Secretaria	3116524662	[illegible]	
5	Matilda Hernández Páez	Profesional grado 2	3002939512	matjhernandez@yahoo.es	
6	JOSE ANTONIO BARRIOS TORDOYA	PU 6.02	3004888276	jose.barrios@	
7	Nayibe Vergara Bonilla	Prof Univ Grado 1	3225681984	nayibe.vergara@cgr.gov	
8	Ana Karina Alvarez M.	Prof Esp 6.03	3103621398	anak.alvarez@cgr.gov	
9	Alejandra Ospino	Prof. U. 6.1	3145186665	alecha23@hotmail.com	
10	Camilo Juarez	PROF UN 2	3205907431		
11	Daniel F. Zuluaga R	Prof G 02	3006781759	daniel.zuluaga	
12	Ricardo Miclett	Prof G 01	3205127238	ricardo.miclett	
13	Maria Paula Alvarado	Prof GU 16	3024404683	mariamerado@	
14	Edison David Garcia Peña	Prof. U. 02	3218128903	edisondgarcia@cgr.gov	
15	Melissa Herrera J	Prof U 01	3226555601	Melissaherrera	
16	Eliana Rojas Cabrera	Prof. U 01	3016187932	eliana.rojas@c	
17	CELY FIGUEROA	TECNICO 01	3126501601	cely.figueroa2	
18	Juan David Rojas	Prof Univ 01	3013663981	juand.rojas@cgr	

Scanned with CamScanner

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: 30-10-2026	LUGAR: TACASUAN
EVENTO O TEMA: DIA DE LOS NIÑOS DE LA CGR.	ENTIDAD A CARGO: COMFACOR.

N°	NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	CARGO / DEPENDENCIA	TELEFONO CONTACTO O EXT.	E-MAIL	FIRMA
1	Hugo Pachon Monks	Prof Un. 61.	3104636175	hugo.pachon@contra.	
2	Jennifer Duenas	Prof 6.01	3002229902	jpduenasp@	
3	Johnny Arturo Ardila	Secretario	3107289992	jhonny.ardila@cgr.co	
4	Mabis Carrizo Oyarda	Profesional 01	3207999120	mabis.carrizo@cgr.	
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

Scanned with CamScanner

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 DIA DE LOS NIÑOS DE LA CGR **Fecha del evento** 30-10-2026

Nombre CELY FIGUEROA **Gerencia departamental**

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

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

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

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

A. ELEMENTO

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

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

B. SERVICIO

3. Por favor califique cada aspecto para expresar su satisfacción, respecto a (B. SERVICIO PRESTADO), teniendo en cuenta la siguiente escala, donde 1 es Totalmente Insatisfecho y 5 es Totalmente Satisfecho.

	ATENCIÓN PRESTADA POR PARTE DEL PRESTADOR DEL SERVICIO (Recreadores, Brigadistas, Guias, Meseros, entre otros) SI APLICA	1	2	3	4	5	N.A.
1	Servicio amable					X	
2	Capacidad para dar soluciones y alternativas					X	
3	Presentación personal					X	
	INSTALACIONES- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
4	Estado					X	
5	Seguridad					X	
6	Aseo del lugar					X	
7	Espacio cómodo y adecuado					X	
	ALIMENTOS Y BEBIDAS- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
8	Presentación					X	
9	Calidad de los productos					X	
10	Porciones adecuadas					X	
11	Oportunidad en la entrega					X	
	TRANSPORTE- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
12	Aseo y puntualidad						
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.

Scanned with CamScanner

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 DIA DE LOS NIÑOS DE LA CGR **Fecha del evento** 30-10-2026.

Nombre David F. Zuluaga Rodriguez **Gerencia departamental**

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

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

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

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

A. ELEMENTO

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

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

B. SERVICIO

3. Por favor califique cada aspecto para expresar su satisfacción, respecto a (B. SERVICIO PRESTADO), teniendo en cuenta la siguiente escala, donde 1 es Totalmente Insatisfecho y 5 es Totalmente Satisfecho.

	ATENCIÓN PRESTADA POR PARTE DEL PRESTADOR DEL SERVICIO (Recreadores, Brigadistas, Guias, Meseros, entre otros) SI APLICA	1	2	3	4	5	N.A.
1	Servicio amable					X	
2	Capacidad para dar soluciones y alternativas					X	
3	Presentación personal					X	
	INSTALACIONES- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
4	Estado					X	
5	Seguridad					X	
6	Aseo del lugar					X	
7	Espacio cómodo y adecuado					X	
	ALIMENTOS Y BEBIDAS- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
8	Presentación					X	
9	Calidad de los productos					X	
10	Porciones adecuadas					X	
11	Oportunidad en la entrega					X	
	TRANSPORTE- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
12	Aseo y puntualidad					X	X
13	Prudencia y amabilidad del conductor para conducir					X	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.

Scanned with CamScanner

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 DIA DE LOS NIÑOS DE LA CGR **Fecha del evento** 30-10-2026

Nombre EDISON DGARCIA PEÑA (ARTURO) **Gerencia departamental** CORDOBA

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

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

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

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

A. ELEMENTO

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

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

B. SERVICIO

3. Por favor califique cada aspecto para expresar su satisfacción, respecto a (B. SERVICIO PRESTADO), teniendo en cuenta la siguiente escala, donde 1 es Totalmente Insatisfecho y 5 es Totalmente Satisfecho.

	ATENCIÓN PRESTADA POR PARTE DEL PRESTADOR DEL SERVICIO (Recreadores, Brigadistas, Guias, Meseros, entre otros) SI APLICA	1	2	3	4	5	N.A.
1	Servicio amable					X	
2	Capacidad para dar soluciones y alternativas					X	
3	Presentación personal					X	
	INSTALACIONES- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
4	Estado					X	
5	Seguridad					X	
6	Aseo del lugar					X	
7	Espacio cómodo y adecuado					X	
	ALIMENTOS Y BEBIDAS- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
8	Presentación					X	
9	Calidad de los productos					X	
10	Porciones adecuadas					X	
11	Oportunidad en la entrega					X	
	TRANSPORTE- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
12	Aseo y puntualidad						X
13	Prudencia y amabilidad del conductor para conducir						X
	LOGISTICA- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
16	Cumplimiento con el horario establecido					X	
17	Distribución de los espacios					X	
18	Organización de evento					X	

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

Scanned with CamScanner

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 DIA DE LOS NIÑOS DE LA CGR **Fecha del evento** 30-10-2026.

Nombre Diana Rocio Cabales **Gerencia departamental**

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

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

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

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

A. ELEMENTO

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

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

B. SERVICIO

3. Por favor califique cada aspecto para expresar su satisfacción, respecto a (B. SERVICIO PRESTADO), teniendo en cuenta la siguiente escala, donde 1 es Totalmente Insatisfecho y 5 es Totalmente Satisfecho.

	ATENCIÓN PRESTADA POR PARTE DEL PRESTADOR DEL SERVICIO (Recreadores, Brigadistas, Guias, Meseros, entre otros) SI APLICA	1	2	3	4	5	N.A.
1	Servicio amable				X		
2	Capacidad para dar soluciones y alternativas				X		
3	Presentación personal				X		
	INSTALACIONES- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
4	Estado				X		
5	Seguridad				X		
6	Aseo del lugar			X			
7	Espacio cómodo y adecuado				X		
	ALIMENTOS Y BEBIDAS- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
8	Presentación				X		
9	Calidad de los productos				X		
10	Porciones adecuadas				X		
11	Oportunidad en la entrega				X		
	TRANSPORTE- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
12	Aseo y puntualidad						
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

Scanned with CamScanner

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 DIA DE LOS NIÑOS DCIA CGR **Fecha del evento** 30-10-2026.

Nombre Jose Luis Ballesteros **Gerencia departamental** Cundinamarca

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

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

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

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

A. ELEMENTO

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

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

B. SERVICIO

3. Por favor califique cada aspecto para expresar su satisfacción, respecto a (B. SERVICIO PRESTADO), teniendo en cuenta la siguiente escala, donde 1 es Totalmente Insatisfecho y 5 es Totalmente Satisfecho.

	ATENCIÓN PRESTADA POR PARTE DEL PRESTADOR DEL SERVICIO (Recreadores, Brigadistas, Guias, Meseros, entre otros) SI APLICA	1	2	3	4	5	N.A.
1	Servicio amable				4		
2	Capacidad para dar soluciones y alternativas						
3	Presentación personal				4		
	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.

Scanned with CamScanner

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 DIA DE LOS NIÑOS DE LA CGR **Fecha del evento** 30-10-2026.

Nombre Hugo Pacheco Plantas. **Gerencia departamental**

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

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

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

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

A. ELEMENTO

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

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

B. SERVICIO

3. Por favor califique cada aspecto para expresar su satisfacción, respecto a (B. SERVICIO PRESTADO), teniendo en cuenta la siguiente escala, donde 1 es Totalmente Insatisfecho y 5 es Totalmente Satisfecho.

	ATENCIÓN PRESTADA POR PARTE DEL PRESTADOR DEL SERVICIO (Recreadores, Brigadistas, Guias, Meseros, entre otros) SI APLICA	1	2	3	4	5	N.A.
1	Servicio amable					X	
2	Capacidad para dar soluciones y alternativas					X	
3	Presentación personal					X	
	INSTALACIONES- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
4	Estado					X	
5	Seguridad					X	
6	Aseo del lugar					X	
7	Espacio cómodo y adecuado					X	
	ALIMENTOS Y BEBIDAS- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
8	Presentación					X	
9	Calidad de los productos					X	
10	Porciones adecuadas					X	
11	Oportunidad en la entrega					X	
	TRANSPORTE- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
12	Aseo y puntualidad						X
13	Prudencia y amabilidad del conductor para conducir						X
	LOGISTICA- SI APLICA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**N.A.**
16	Cumplimiento con el horario establecido					X	
17	Distribución de los espacios					X	
18	Organización de evento					X	

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

Scanned with CamScanner

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

CERTIFICA

La Gerencia Departamental Córdoba certifica que la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CÓRDOBA – COMFACOR, identificada con NIT 891080005-1, ejecutó a satisfacción la actividad denominada "Actividad Día de los Niños", en el marco del Contrato de Prestación de Servicios No. 032 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 Córdoba, de acuerdo al Plan de Bienestar para la vigencia 2026."*

La actividad se desarrolló el **30 de octubre de 2026**, conforme a los siguientes términos:

- Se organizó una actividad dirigida a treinta (30) niños y sus treinta (30) acompañantes de la Gerencia Departamental Colegiada de Córdoba.

- Suministró la logística humana y material necesaria para el adecuado desarrollo de la actividad.

- Suministró sesenta (60) refrigerios con bebida para cada uno de los asistentes.

La evaluación de la actividad se realizó con base en su desarrollo y en la información obtenida a través de las encuestas aplicadas a los asistentes, las cuales reflejaron una percepción positiva.

En consecuencia, se expide la presente certificación en la ciudad de Montería, al **tres (3) día del mes de noviembre de 2026**, como soporte para el proceso de pago correspondiente al contrato mencionado.

ARMY DE JESUS SOTO BRACAMONTE
GERENTE DEPARTAMENTAL (E)

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA - COMFACOR

891.080.005-1

IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS IVA
CR 9 12 01 BRR BUENAVISTA MONTERÍA
factura.electronica@comfacor.com.co
TEL: 7835363

Res DIAN N° 18764107775064 del 3/30/2026 autorizada del CCF50001 al CCF200000

Factura Electronica de Venta

No CCF68223

ACTIVIDAD ECONÓMICA 8430

SEÑORES: FONDO DE BIENESTAR SOC CONTRALORIA GENERAL	**NIT / C.C / ID:** 800252683	**FORMA DE PAGO:** Crédito	**FECHA DE FACTURA:** 03/11/2026 03:39 PM
DIRECCIÓN: CARRERA 69 N 47 34, BOGOTÁ	**CIUDAD:** MONTERÍA	**TELÉFONO:** 3532760	**FECHA VENCIMIENTO:** 03/12/2026
E-MAIL: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co	**MEDIO DE PAGO:** a 30 dias	**CATEGORIA:** 1	**SUCURSAL:** 11
CONTACTO: FONDO DE BIENESTAR SOC CONTRA	**DESCRIPCIÓN:** 26-02-00; Contrato 032; yespejo@fbscgr.gov.co		

Item	Producto	Descripción	Vr. Unitario	Cant	Subtotal
1	VR086	Actividad Dia de los niños CGR	2,579,890.76	1.00	2,579,890.76

SON: TRES MILLONES SETENTA MIL SETENTA PESOS CON CERO CVS M/CTE.

CUFE: ad1e82752b677b78e53bd0fbbd6ac89296eef8fdeb34d8f6a5e7008db953e8417227c464156917b12859af88aee907b1

REALIZA TUS PAGOS A TRAVES DE LAS SIGUIENTES OPCIONES

1. www.comfacor.com.co/pagoenlinea/ y seleccionas el servicio a cancelar.

ANCOLOMBIA disponible en tu dispositivo movil.

ncaria Personas de Bancolombia (pagina web).

BANCOLOMBIA: 12762 - Referencia: NIT o cédula del pagador (titular o tomador

SUBTOTAL	2,579,890.76
VR. SUBSIDIO	0.00
VR. IVA	490,179.24
TOTAL A PAGAR	3,070,070.00

biaria de compraventa se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio, según el Art. 74 del Cod. Ccio. Recibí conforme real y materialmente las mercancías descritas.

SAC CONSULTING
Auditorías • Asesorías • Interventorías

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CÓRDOBA "COMFACOR" EN REPRESENTACIÓN DE LA FIRMA SAC CONSULTING S.A.S

CERTIFICA:

1. Que verificados los libros de contabilidad de la entidad, se constató que la institución ha venido cumpliendo de manera correcta y oportuna con los Aportes al Sistema de Seguridad Social Integral de Salud, Pensión y Riesgos Profesionales, de acuerdo con lo preceptuado en la Ley 100 de 1993 y demás disposiciones vigentes sobre la materia, así como los Aportes Parafiscales para el subsidio de la caja de Compensación Familiar, el Servicio Nacional de Aprendizaje "SENA" y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar "ICBF" que les corresponden conforme a la Ley 21 de 1982 y el Decreto 341 de 1988.

2. Que los aportes certificados anteriormente se han realizado, para efectos de esta certificación dentro de los seis (6) meses anteriores, correspondientes a los meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre de 2026 pagos que fueron verificados por esta Revisoría Fiscal, sobre los comprobantes, soportes (planillas de autoliquidación, comprobantes de pago, comprobantes contables y los libros de contabilidad respectivos), encontrándose la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CÓRDOBA "COMFACOR" a 31 de octubre de 2026 se encuentra a Paz y Salvo por concepto de Aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y a corte 30 de septiembre de 2026 por concepto de aportes a Pensión, Riesgos Laborales y Parafiscales.

La presente certificación se expide en Montería, a los seis (06) días del mes de octubre del dos mil veintiséis (2026). Con destino a Quien Interese.



OSCAR DARIO SOTO SOTO
T. P. No. 63631-T
Revisor Fiscal de COMFACOR
Miembro de SAC Consulting S.A.S.

C.C Archivo.

CERT-SAC-024-2026

Dirección: Calle 122 # 47 – 08
Email: comercial@sacconsulting.co

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

Pago exitoso

Número de autorización 825202

viernes, 02 de octubre de 2026, 2:58:26 PM

Detalle

$1,019,091,600.00

Valor Pagado

IVA incluído:	$0.00
Pago a:	ENLACE OPERATIVO S.A.
Débito desde:	Cuenta corriente ******5083
Descripción:	Pago de Seguridad Social
Fecha y hora inicio transacción	2026-10-02 2:57:27
NIT del comercio	9999000891045
Número de factura	88542725
Código Único de Seguimiento	706003344
Dirección IP:	190.60.52.37
Referencia 1:	172.29.10.57
Referencia 2:	NI
Referencia 3:	891080005

enlace operativa

Información de la Planilla Guardada	
Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha Creación Informe	2026-10-02, 9:38:50 AM
Fecha Guardada	2026-10-02, 09:38:05 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	septiembre de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	octubre de 2026
Empresa	COMFACOR
NIT	NI 891080005
Código Sucursal (Nombre)	001 (PRINCIPAL)
Referencia de Pago/ Número Planilla	88542725
Tipo de Planilla	E
Valor	$ 1.019.091.600

Nit	Código	Administradora	Afiliados	Valor sin Mora	Valor Mora	Total
N800224808	230301	PORVENIR	359	$ 153.146.200	$ 0	$ 153.146.200
N800229739	230201	PROTECCION	141	$ 63.698.300	$ 0	$ 63.698.300
N900336004	25-14	COLPENSIONES	228	$ 161.598.200	$ 0	$ 161.598.200
N800227940	231001	FDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS	80	$ 48.673.200	$ 0	$ 48.673.200
N900156264	EPS037	NUEVA EPS	109	$ 41.217.900	$ 0	$ 41.217.900
N806008394	EPS048	EPS-S MUTUAL SER	52	$ 19.749.300	$ 0	$ 19.749.300
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	124	$ 68.105.800	$ 0	$ 68.105.800
N806008394	ESSC07	EPS-S MUTUAL - MOV	118	$ 33.122.900	$ 0	$ 33.122.900
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS	308	$ 136.575.900	$ 0	$ 136.575.900
N900226715	ESSC24	CMRC Recaudo Coosalud ADRES ESSC24	9	$ 2.647.100	$ 0	$ 2.647.100
N901543761	CCFC33	FAMILIAR DE COLOMBIA	2	$ 475.100	$ 0	$ 475.100
N901543211	CCFC55	EPS PROTEGER	11	$ 2.561.800	$ 0	$ 2.561.800
N900156264	EPS041	CMRC.RECA.FOSYGA-NUEVAEPS R MOVILIDAD	44	$ 12.075.200	$ 0	$ 12.075.200
N800088702	EPS010	EPS SURA	14	$ 7.914.800	$ 0	$ 7.914.800
N901037916	MIN002	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS SS ADRES	17	$ 4.596.300	$ 0	$ 4.596.300
N860011153	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	808	$ 25.394.100	$ 0	$ 25.394.100
N891080005	CCF16	COMFACOR	808	$ 105.564.100	$ 0	$ 105.564.100
N899999034	PASENA	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SEN	808	$ 52.803.500	$ 0	$ 52.803.500
N899999239	PAICBF	ICBF	808	$ 79.171.900	$ 0	$ 79.171.900
		SubTotales:		$ 1.019.091.600	$ 0	
		Total a Pagar:				$ 1.019.091.600