	<b>GESTIÓN DE PROVEEDORES</b>	<b>Código:</b> P-F-43
		<b>Versión:</b> 3
	<b>CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN</b>	<b>Fecha:</b> 25/05/2023

## 1. INFORMACIÓN CONTRACTUAL

<b>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA: JUAN CARLOS BOADA VARGAS</b>	
<b>IDENTIFICACIÓN (No. CEDULA O NIT): 74302504</b>	
<b>No. DE CONTRATO:</b> 1472/2025	Mayor cuantía _____ Menor Cuantía _____ Mínima cuantía <u>X</u> _____
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	Desarrollar actividades de producción para los programas y proyectos de RTVC
<b>FECHA SUSCRIPCIÓN CONTRATO:</b>	19/05/2025
<b>FECHA DE INICIO DEL CONTRATO:</b>	19/05/2025
<b>MODIFICACIONES AL CONTRATO:</b>	ADICION N° 01 AL CONTRATO No. 1472-2025 COMPONENTE VARIABLE: GASTOS DE PRODUCCIÓN
<b>PLAZO INICIAL:</b>	El plazo de ejecución del contrato será de cinco (5) meses, catorce (14) días, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución, esto es i) aprobación de la Garantía Única, si la hubiere, y ii) expedición del registro presupuestal, sin su
<b>PRORROGAS:</b>	N/A
<b>FUENTE DE FINANCIACIÓN:</b>	PROYECTO INFORMATIVO REC PROPIOS
<b>PERIODO CERTIFICADO:</b>	N/A
<b>NUMERO DE PAGO:</b>	3 GASTOS DE PRODUCCIÓN

<b>No. FACTURA Y FECHA (SI HAY LUGAR)</b>	N/A
---	-----

SEÑALE CON UNA - X - EL CASO QUE APLIQUE

<b>GASTOS DE PRODUCCIÓN:</b> _____	<b>GASTOS DE VIAJE</b> _____
<b>ADMINISTRACIÓN DELEGADA: REEMBOLSO</b> _____	<b>COMISIÓN</b> _____
<b>ANTICIPO:</b> _____	<b>PAGO ANTICIPADO:</b> _____

## 2. ESTADO DE EJECUCIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES:

**2.1. CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES GENERALES Y ESPECIFICAS:** Para el periodo certificado el contratista cumplió con las obligaciones generales establecidas en el contrato; con respecto a las obligaciones específicas, el contratista cumplió con las actividades derivadas de estas. A la fecha el contrato se ha desarrollado de manera normal sin inconvenientes de tipo jurídico, financiero, contable o técnico.

### 2. 2. ESTADO Y AVANCE DEL CONTRATO:


El contrato se encuentra EN EJECUCIÓN, con un porcentaje de avance del **50,41%**

**2.3. NOVEDADES QUE SE PRESENTARON DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:** Durante el presente periodo no se han presentado novedades o situaciones anormales que afecten el desarrollo del contrato.

### 2.4. CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA RELACIONADAS CON EL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y APORTES PARAFISCALES.

Certifico que el contratista realizó el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral de conformidad con el artículo ARTÍCULO 2.2.4.2.2.13., del decreto 1072 de 2015 y demás normas concordantes, conforme a las siguientes consideraciones:

<b>Número de Planilla:</b>	87465266
<b>Periodo cotizado:</b>	Mayo de 2025

	<b>GESTIÓN DE PROVEEDORES</b>	<b>Código:</b> P-F-43
		<b>Versión:</b> 3
	<b>CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN</b>	<b>Fecha:</b> 25/05/2023

## 2.5 GARANTIAS:

**Póliza No.11-47-101034167**

**Compañía Aseguradora Seguros del estado**

			Vigencia	
Amparo	Porcentaje amparado	Valor	Fecha inicial	Fecha final
CUMPLIMIENTO	10%	\$4,920,000.00	19/05/2025	29/05/2026
CALIDAD DEL SERVICIO	10%	\$4,920,000.00	19/05/2025	29/05/2026

			Vigencia	
Amparo	Porcentaje amparado	Valor	Fecha inicial	Fecha final
CUMPLIMIENTO	10%	\$7,380,000.00	19/05/2025	29/05/2026
CALIDAD DEL SERVICIO	10%	\$7,380,000.00	19/05/2025	29/05/2026

## 2.6 VERIFICACIÓN DE ASPECTOS ADMINISTRATIVOS, TÉCNICOS, FINANCIEROS -CONTABLES Y JURÍDICOS:

### 2.6.1. VERIFICACIÓN DE ASPECTOS ADMINISTRATIVOS


- a. Existe un expediente del contrato completo, actualizado y que cumple con las normas en materia de archivo.
- b. La documentación producida en la etapa precontractual reposa en el expediente del contrato.
- c. Se lleva estricto control sobre la correspondencia producida con el contratista, así como de la información y documentos generados durante la ejecución del contrato.
- d. Se atendieron, tramitaron y resolvieron todas las consultas elevadas por el contratista derivadas del desarrollo de la actividad contractual.
- e. Se tramitaron las solicitudes de ingreso del personal y equipos del contratista o de personas externas a las áreas de influencia del contrato.
- f. Se exige el cumplimiento de las normas de seguridad, higiene, salud ocupacional y ambiental que sean aplicables, en conjunto la Coordinación de Talento Humano.
- g. Se garantiza la publicación de los documentos que se deriven como consecuencia de la ejecución de contrato en la plataforma SECOP II, así como todos aquellos que tengan que ver con su finalización.

### 2.6.2. VERIFICACIÓN DE ASPECTOS TÉCNICOS

- a. Se veló por el cumplimiento de las normas, especificaciones técnicas y procedimientos previstos para la ejecución de las actividades contractuales y postcontractuales.
- b. Se verificó la prestación de los servicios, de conformidad con lo pactado en el contrato, dejando la constancia y justificación escrita respectiva.
- c. Se realiza la verificación, cuando hay lugar a ello, del reintegro a RTVC de los equipos, elementos y documentos suministrados, para lo cual se constata su estado y cantidad.
- d. Se certifica el cumplimiento del contrato en este periodo.

### 2.6.3. VERIFICACIÓN DE ASPECTOS FINANCIEROS Y CONTABLES

- a. Se revisó, elaboró y suscribió los documentos necesarios para efectuar los pagos pactados dentro del contrato, incluyendo el recibo a satisfacción de los servicios objeto del mismo y los demás documentos establecidos para dicho trámite.
- b. Se revisó y aprobó las facturas y/o cuentas de cobro presentadas por el contratista.
- c. Se tramitó ante la dependencia de RTVC correspondiente, las solicitudes de pago del contratista.
- d. Se verificaron los soportes necesarios para el pago según la ejecución del servicio prestado.
- e. Se realizó seguimiento y control de los recursos ejecutados y por ejecutar durante la ejecución del contrato.
- f. Se verificó que el contrato está debidamente soportado con los recursos presupuestales requeridos.
- g. Se veló por la correcta ejecución presupuestal del contrato.
- h. Se verificó, de conformidad con las planillas de pago presentadas, el cumplimiento de las obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral a cargo del contratista.

	<b>GESTIÓN DE PROVEEDORES</b>	<b>Código:</b> P-F-43
	<b>CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN</b>	<b>Versión:</b> 3
		<b>Fecha:</b> 25/05/2023

- i. Para la última cuenta se elabora y suscribe junto con el contratista el acta de finalización y recibo a satisfacción de contrato, y en los casos en que aplique, se elabora y adelanta el trámite de vistos buenos y suscripción del acta de liquidación del contrato.

**2.6.4. VERIFICACIÓN DE ASPECTOS LEGALES O JURIDICOS**

- a. Una vez suscrito el contrato, se verificó y exigió que se otorguen las garantías pactadas, en caso de ser solicitadas, y se veló porque éstas permanezcan vigentes hasta su liquidación.
- b. Se veló por el cumplimiento de las obligaciones contractuales generadas con relación al contrato suscrito.
- c. Se verificó que la ejecución contractual se desarrolle dentro del plazo o vigencia del contrato, y de acuerdo con los valores pactados.

**Bienes adquiridos con cargo a este contrato:** SI \* \_\_\_\_\_ NO  X

(\*En caso de SI Diligenciar formato M-F-1 Formato Control Ingreso de Activos)


**3. SITUACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO A LA FECHA DE LA CERTIFICACIÓN**

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO:</b>	\$49.200.000
<b>ADICIONES:</b>	\$24.600.000
<b>REDUCCIONES:</b>	\$0
<b>VALOR TOTAL PAGADO A LA FECHA:</b>	\$12.600.000
<b>VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR</b>	<b>\$36.600.000</b>
<b>VALOR ANTICIPO: (EN CASO QUE APLIQUE)</b>	N/A
<b>AMORTIZACIÓN:</b>	N/A
<b>VALOR A PAGAR CON ESTA CERTIFICACIÓN:</b>	\$24.600.000
Certifico que el valor autorizado por concepto de ANTICIPO está de acuerdo al plan del manejo de inversión del mismo.	<b>SI:</b> _____ <b>NO APLICA:</b> <u> X </u>

<b>OBSERVACIONES ADICIONALES:</b>	De acuerdo con lo establecido en el Decreto 1273 de 2018, EL CONTRATISTA deberá allegar copia del pago de la seguridad social por los días correspondientes al mes de JUNIO de 2025, en los cuáles prestó sus servicios. En caso de que no envíe la información al supervisor del contrato dentro de los 30 días hábiles siguientes al vencimiento del plazo para el pago de aportes a salud, pensión, riesgos laborales y parafiscales por medio de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA), según los dos últimos dígitos del número de identificación de EL CONTRATISTA, se procederá por parte de RTVC a oficiar a la UGPP para que tome las medidas del caso.
-----------------------------------	--

4. **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO:** En mi calidad de supervisor, certifico que se ha realizado la verificación del informe de actividades presentado por el contratista, evidenciando que el mismo ha cumplido a satisfacción con las obligaciones contractuales para el periodo certificado.

Se anexa informe de actividades desarrolladas por el contratista para el trámite de pago correspondiente, el cual ha sido aprobado y se encuentra disponible en el sistema Orfeo.

	<b>GESTIÓN DE PROVEEDORES</b>	<b>Código:</b> P-F-43
	<b>CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN</b>	<b>Versión:</b> 3
		<b>Fecha:</b> 25/05/2023

La presente se firma a los 10 días del mes de julio de 2025

Firmado digitalmente por: MARIA PAULA FONSECA GOMEZ  
 Serial del Certificado: 37a109eb66b17b5043  
 Entidad: RADIO TELEVISION NACIONAL DE COLOMBIA RTVC S.A.S  
 Unidad Organizacional: SUBGERENCIA TELEVISION  
 Cargo: SUBGERENTE DE TELEVISION  
 Localización: BOGOTA  
 Fecha y hora: 10.07.2025 15:44:47

**FIRMA SUPERVISOR**

**NOMBRE: MARÍA PAULA FONSECA GÓMEZ**

**CARGO: Subgerente de Televisión**

**Nota 1:** Conforme a lo establecido en la normatividad sobre protección de datos se le informa a quienes lo suscriban que la información acá consignada no está sometida a reserva y puede ser publicada.

**Nota 2:** Se acepta la firma física, firma digital o a través de la aceptación mediante medios digitales (correo electrónico), estos últimos, como mecanismos idóneos conforme a lo establecido en los artículos 6 y 7 de la Ley 527 de 1999.

**Nota 3:** Si la aprobación de este formato se realiza a través de correo electrónico, se deben archivar los correos junto con el formato diligenciado como evidencia de la aprobación. Así mismo se aclara que esta información no se debe imprimir, esta debe conservarse digitalmente en formato PDF.

## CUENTA DE COBRO

### DATOS PERSONALES

FECHA:	10 de julio de 2025
CIUDAD DE OPERACIÓN:	Bogotá
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:	Juan Carlos Boada Vargas
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	74,302,504
DIRECCIÓN:	Calle 53 # 10 - 21
TELÉFONO:	3102844546
CORREO ELECTRÓNICO:	<a href="mailto:juancarlosboadavargas@gmail.com">juancarlosboadavargas@gmail.com</a>

### DATOS BANCARIOS

ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA			
NÚMERO DE CUENTA:	202-258402-07			
TIPO DE CUENTA:	AHORROS:	X	CORRIENTE:	

### CONTENIDO DE LA CUENTA DE COBRO

#### DESCRIPCIÓN ESPECIFICA DE LOS SERVICIOS PRESTADOS Y/O BIENES

NO. DE CONTRATO:	1472 - 2025
OBJETO DEL CONTRATO:	Desarrollar actividades de producción para los programas y proyectos de RTVC

### PERIODO CERTIFICADO

NÚMERO DE PAGO	Día				Mes	Año	VALOR A PAGAR
	Desde	N/A	Hasta	N/A			
3 GASTOS DE PRODUCCIÓN	Desde	N/A	Hasta	N/A	N/A	N/A	\$24.600.000
	Desde		Hasta				\$ 0
	Desde		Hasta				\$ 0
<b>VALOR TOTAL A PAGAR</b>							\$24.600.000

ENTREGABLES:	Nota: Utilizar para el caso de entregables
--------------	--

"Dando cumplimiento al Art. 17 Parágrafo 2 de la Ley 1819 del 29 de diciembre de 2016, aclaro que para el desarrollo de mi actividad no requiero de la contratación de dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad, por lo tanto solicito sea aplicado el parágrafo 2 Art. 383 del E.T. para efectos de la determinación de la retención en la fuente"



\_\_\_\_\_  
FIRMA CONTRATISTA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	74302504	JUAN CARLOS BOADA VARGAS		CALLE 138 57-86 T 2 A-1210	2265632	juankk56@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.	
<b>EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD</b>						
NO						

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	20/06/2025	87465266	\$1.017.400	

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

### TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	426.000	0		0		0	16	4.400	0	430.400	1

### TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	545.300	0	0	0	0	16	5.700	0	551.000	1

### TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	35.600				35.600	16	400	36.000			356	36.000	1

### TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

### TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	16	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	16	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

### TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	426.000	430.400
Pensión	1	545.300	551.000
Riesgos Laborales	1	35.600	36.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>1.006.900</b>	<b>1.017.400</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	74302504	JUAN CARLOS BOADA VARGAS		CALLE 138 57-86 T 2 A-1210	2265632	juankk56@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	1	20/06/2025	87465266	\$1.017.400		

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	74302504	BOADA VARGAS JUAN CARLOS	59	0			N							X										230301	3.408.000	545.300	0	0	0	0	EPS037	3.408.000	426.000	14-23	3.408.000	2	35.600		0	0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA