 <small>Sistema de Medios Públicos</small>	<b>GESTIÓN DE PROVEEDORES</b>	<b>Código:</b> P-F-43
	<b>CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORIA</b>	<b>Versión:</b> 4
		<b>Fecha:</b> 16/07/2025

## 1. INFORMACIÓN CONTRACTUAL

<b>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA:</b> MYLTON ORLANDO RÍOS OSPINA	
<b>IDENTIFICACIÓN (No. CEDULA O NIT):</b> 80.027.181	
<b>No. DE CONTRATO:</b> 526 -2026	Mayor cuantía _____ Menor Cuantía _____ Mínima cuantía <u> X </u>
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE LOS INDICADORES DE CUMPLIMIENTO EN LA GESTIÓN DE LA COORDINACIÓN DE GESTIÓN JURÍDICA Y LA OFICINA ASESORA JURÍDICA
<b>FECHA SUSCRIPCIÓN CONTRATO:</b>	26 de enero de 2026
<b>FECHA DE INICIO DEL CONTRATO:</b>	28 de enero de 2025
<b>MODIFICACIONES AL CONTRATO:</b>	N. A
<b>PLAZO INICIAL:</b>	El plazo de ejecución del contrato será de SEIS (06) MESES, contado 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.
<b>PRORROGAS:</b>	N.A.
<b>FUENTE DE FINANCIACIÓN:</b>	RESOL 005/2026 TRANSF CTE (FUNC Y OPERAC)
<b>PERIODO CERTIFICADO:</b>	28 de enero al 30 de enero de 2026 y del 01 febrero- al 28 de febrero de 2026
<b>NUMERO DE PAGO:</b>	1 y 2

<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:** Durante el periodo certificado a la fecha se tiene que el contrato se ejecutó sin inconvenientes de tipo jurídico, financiero, contable o técnico. El contratista cumplió con las obligaciones generales y específicas establecidas en el contrato y de acuerdo a la necesidad.

### 2.2. ESTADO Y AVANCE DEL CONTRATO:

El contrato se encuentra en EJECUCIÓN, con un porcentaje de avance del 18.3%.

**2.3. NOVEDADES QUE SE PRESENTARON DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:** Durante el presente período 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.**

 <b>RTVC</b> <small>Sistema de Medios Públicos</small>	<b>GESTIÓN DE PROVEEDORES</b>	<b>Código:</b> P-F-43
	<b>CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORIA</b>	<b>Versión:</b> 4
		<b>Fecha:</b> 16/07/2025

**Periodo cotizado:** Certificación de Afiliación Enero

## 2.5 GARANTIAS:

(i) Póliza

Póliza No. 11-46-101103940

Compañía Aseguradora SEGUROS DEL ESTADO

Amparo	Porcentaje amparado	Valor	Vigencia	
			Fecha inicial	Fecha final
Cumplimiento	10%	\$6.037.680	27/01/2026	30/11/2026
Calidad del Servicio	10%	\$6.037.680	27/01/2026	30/11/2026

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

### 2.6.1. VERIFICACIÓN DE ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

El contratista durante el periodo aquí certificado cumplió con los procedimientos administrativos establecidos en RTVC y que le eran aplicables, presentando el informe de actividades en los términos señalados y dentro del formato correspondiente, así como aportando certificación del pago al Sistema Integrado de Seguridad Social (Salud, pensión, ARL), parafiscales y la documentación exigida por la Entidad para el presente pago.

### 2.6.2. VERIFICACIÓN DE ASPECTOS TÉCNICOS

Las actividades ejecutadas por el contratista en cumplimiento del objeto del contrato y las obligaciones específicas a su cargo fueron realizadas dentro de los parámetros requeridos durante el periodo certificado.

### 2.6.3. VERIFICACIÓN DE ASPECTOS FINANCIEROS Y CONTABLES


El pago que se certifica está de acuerdo con lo establecido en el contrato y los requisitos establecidos para el mismo.

### 2.6.4. VERIFICACIÓN DE ASPECTOS LEGALES O JURIDICOS

Para el periodo certificado el contrato se ejecutó bajo las condiciones contractuales establecidas, sin contar a la fecha con reporte de situación en contrario.

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

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO:</b>	\$ 60.916.800
<b>ADICIONES:</b>	\$ 0
<b>REDUCCIONES:</b>	\$ 0
<b>VALOR TOTAL PAGADO A LA FECHA:</b>	\$ 0

 <small>Sistema de Medios Públicos</small>	<b>GESTIÓN DE PROVEEDORES</b>	<b>Código:</b> P-F-43
	<b>CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORIA</b>	<b>Versión:</b> 4
		<b>Fecha:</b> 16/07/2025

<b>VALOR A PAGAR CON ESTA CERTIFICACIÓN:</b>	\$ 11.168.080
Certifico que el valor autorizado por concepto de ANTICIPO está de acuerdo con el plan del manejo de inversión del mismo.	<b>SI:</b> _____ <b>NO APLICA:</b> <u>  X  </u>

<b>OBSERVACIONES ADICIONALES:</b>	
-----------------------------------	--

4. **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO:** En mi calidad de supervisora, 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.

La presente se firma a los 5 días del mes de marzo de 2026.

**MONTOYA ALCANTARA**  
**MARTHA ISABEL**

Firmado digitalmente por  
MONTOYA ALCANTARA MARTHA  
ISABEL  
Fecha: 2026.03.25 08:16:14 -05'00'

**FIRMA SUPERVISORA**


**NOMBRE:** Martha Isabel Montoya Alcántara

**CARGO:** Coordinadora de Gestión Jurídica

**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.

	<b>GESTIÓN DE PROVEEDORES</b>	<b>Código:</b>	P-F-25
		<b>Versión:</b>	3
	<b>FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES</b>	<b>Fecha:</b>	1/10/2021

<b>No. DEL CONTRATO:</b>	<b>526-2026</b>
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE LOS INDICADORES DE CUMPLIMIENTO EN LA GESTIÓN DE LA COORDINACIÓN DE GESTIÓN JURÍDICA Y LA OFICINA ASESORA JURÍDICA.
<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA:</b>	Mylton Orlando Ríos Ospina
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	Martha Isabel Montoya Alcántara
<b>CARGO DEL SUPERVISOR:</b>	Coordinadora de Gestión Jurídica
<b>PERIODO A REPORTAR:</b>	Del 28 de enero 2026 al 28 de febrero de 2026

**Informe de actividades:**


OBLIGACIONES GENERALES: Durante el periodo reportado se cumplió con las obligaciones generales establecidas en el contrato SI  NO

La anterior manifestación se hace bajo la gravedad de juramento

OBLIGACIONES ESPECIFICAS:

A continuación, se relacionan las actividades que fueron desarrolladas en virtud de las obligaciones específicas, durante el periodo a reportar, en el marco del contrato suscrito con la entidad:

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDADES DESARROLLADAS
1. Absolver consultas jurídicas elevadas por la Coordinación de Gestión Jurídica, en temas relacionados con litigios de la entidad.	1.1. Se realiza revisión del informe para el caso Radicado 54 001 33 33 002 2023 00356 00 Demandante: Teófilo Buendía Villán y otros
2. Brindar asesoría jurídica de cara a las solicitudes de conciliación que sean radicadas en RTVC.	2.1. Se realiza revisión del informe para el caso Radicado 54 001 33 33 002 2023 00356 00 Demandante: Teófilo Buendía Villán y otros y se realizan sugerencias
3. Asistir a las reuniones y/o comités a los que sea convocado por la supervisión del contrato.	La actividad no se realizó durante este periodo
4. Realizar el análisis jurídico de los derechos de petición asignados y elaborar proyectos de escritos, respuestas, conceptos, memoriales, oficios y demás documentos jurídicos, de conformidad con las directrices impartidas por la Coordinación de Gestión	4.1. Se realiza análisis jurídico de derechos de petición, se realizan las correspondientes observaciones

	<b>GESTIÓN DE PROVEEDORES</b>	<b>Código:</b>	P-F-25
		<b>Versión:</b>	3
	<b>FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES</b>	<b>Fecha:</b>	1/10/2021

5. Apoyar en la preparación, recomendación, revisión y/o ajuste de: documentos, conceptos, actos administrativos, proyectos normativos, comunicaciones, oficios, recursos y en general todos los documentos requeridos por la Entidad, relacionados con el objeto del contrato y que le sean asignados	5.1. Se apoya en la revisión y ajuste del proyecto de respuesta a los derechos de petición de empleados de Inravisión
6. Apoyar la consolidación de insumos para el reporte de informes que la Coordinación de Gestión Jurídica deba presentar al interior de la entidad.	La actividad no se realizó durante este periodo
7. Revisar protocolos, circulares, actos administrativos y en general todos los documentos relacionados con el objeto y obligaciones del contrato	7.1 La actividad no se realizó durante este periodo
8. Garantizar la confidencialidad, reserva y adecuado manejo de la información jurídica y administrativa a la que tenga acceso.	8.1. Se Observo la reserva de la documentación y casos revisados garantizando la confidencialidad de los mismos
9. Las demás que sean determinadas por el supervisor del contrato en el marco del objeto contractual.	9.1. Se realiza curso de Integridad Transparencia de lucha anticorrupción de la Función Pública

<b><u>Observaciones:</u></b>
<b><u>Anexos:</u></b>

El presente informe se firma a los 05 días del mes de marzo de 2026.



**FIRMA CONTRATISTA**

VoBo: Junny Cristina La Serna Bula  
Jefe Oficina Asesora Jurídica

**Nota 1:** Se aclara que la numeración de las obligaciones específicas y las filas que se incluyan en el documento debe corresponder a lo establecido en cada contrato. En caso de que el contrato se tenga establecido un producto o entregable deberá indicarse en una casilla diferente el porcentaje de avance del mismo.

**Nota 2:** 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 3:** Se acepta la firma física, firma digital (visible o invisible) 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; y las directrices internas que respalden o implementen este procedimiento

## CUENTA DE COBRO

### DATOS PERSONALES

FECHA:	5 de marzo 2026
CIUDAD DE OPERACIÓN:	Bogotá D.C.
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:	MYLTON ORLANDO RIOS OSPINA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	80.027.181
DIRECCIÓN:	Calle 59 No. 13-55 Bogotá D.C
TELÉFONO:	3103305932
CORREO ELECTRÓNICO:	<a href="mailto:mil.ro@live.com">mil.ro@live.com</a>

### DATOS BANCARIOS

ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA		
NÚMERO DE CUENTA:	19109335196		
TIPO DE CUENTA:	AHORROS:	<input checked="" type="checkbox"/>	CORRIENTE:

### CONTENIDO DE LA CUENTA DE COBRO

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

NO. DE CONTRATO:	526-2026
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE LOS INDICADORES DE CUMPLIMIENTO EN LA GESTIÓN DE LA COORDINACIÓN DE GESTIÓN JURÍDICA Y LA OFICINA ASESORA JURÍDICA.

### PERIODO CERTIFICADO

NÚMERO DE PAGO	Día				Mes	Año	VALOR A PAGAR
1	Desde	28	Hasta	30	ENERO	2026	\$ 1.015.280
2	Desde	1	Hasta	30	FEBRERO	2026	\$ 10.152.800
	Desde		Hasta				\$ -
<b>VALOR TOTAL A PAGAR</b>							<b>\$ 11.168.080</b>

ENTREGABLES:	Ver unidad compartida, carpeta "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

**CIUDAD Y FECHA:** Bogotá D.C., 05 de marzo de 2026

Señores

**RADIO Y TELEVISION NACIONAL DE COLOMBIA – RTVC**

Ciudad

Yo, **MYLTON ORLANDO RIOS OSPINA**, identificado (a) como aparece al pie de mi firma, hago la siguiente declaración bajo gravedad de juramento, dando cumplimiento a los Artículos 383 E.T. modificado por el Art. 17 de la Ley 1819/16 y Art. 387 E.T. Decreto 099/13, así:

1. NO () SI () tengo dos (2) o más empleados a mi cargo para desarrollar mis actividades.
2. NO () SI () solicito aplicación de los siguientes beneficios tributarios por los siguientes conceptos:
  - () Dependientes (Describir las personas que dependan económicamente de usted y determinar su parentesco):

**NOMBRE Y APELLIDOS:** Haga clic o pulse aquí para escribir texto. **PARENTESCO:** Elija un elemento.

---

**NOMBRE Y APELLIDOS:** Haga clic o pulse aquí para escribir texto. **PARENTESCO:** Elija un elemento.

---

- () Deducción por aportes a salud (medicina prepagada, plan complementario, seguros de salud, etc.)
- () Intereses por préstamo para adquisición de vivienda por instituciones financieras.
- () AFC y/o Aportes Voluntarios a Pensiones.

**Nota:** Adjunto las respectivas certificaciones y/o soportes la aplicación de los respectivos beneficios, adicionalmente me comprometo a informar a RTVC de manera oportuna cualquier modificación a esta certificación.



.....  
Firma

**NOMBRE Y APELLIDOS:** MYLTON ORLANDO RIOS OSPINA

**C.C. No.** 80.027.181

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS  
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del  
**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**MYLTON ORLANDO RIOS OSPINA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.027.181**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Enero del 2026.

Cordialmente,



---

Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

<b>I. DATOS DEL TRÁMITE</b>			
1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades		2. Tipo de Afiliación - Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> D. De Oficio <input type="checkbox"/> A. Individual: - Beneficiario o Afiliado adicional <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/>	
3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>		4. Contribución Solidaria Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
5. Tipo de Afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>		6. Tipo de Cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	
7. Código (a registrar por la EPS)			

<b>II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)</b>					
8. Apellidos y nombres Primer Apellido: <b>RIOS</b>		Segundo Apellido: <b>OSPINA</b>		Primer Nombre: <b>MYLTON</b>	
				Segundo Nombre: <b>ORLANDO</b>	
9. Tipo de documento de identidad: <b>CC</b>	10. Número del documento de identidad: <b>80027181</b>	11. Sexo biológico: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	12. Sexo identificación: F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Cuál:	13. Nacionalidad: <b>COLOMBIA</b>
14. Lugar de nacimiento: País <b>COLOMBIA</b>	Departamento: <b>TOLIMA</b>	Municipio: <b>VILLAHERMOSA</b>		15. Fecha de nacimiento: <b>12 08 1980</b>	

<b>III. DATOS COMPLEMENTARIOS</b>					
Datos Personales					
16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Categoría de discapacidad:	19. Tiene encuesta SISBÉN: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	20. Clasificación SISBÉN: Nivel Grupo	21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		23. Administradora de Pensiones: <b>PORVENIR</b>		24. Ingreso base de cotización - IBC: <b>1750 905</b>	
25. Tarifa Contribución Solidaria					
26. Residencia Dirección: <b>CALLE 59 # 13 - 5 5</b>					
Teléfono Celular: <b>3 1 0 3 3 0 5 9 3 2</b>					
Correo Electrónico: <b>MILRO@LIVE.COM</b>					
Departamento: <b>D.C</b>		Municipio / Distrito: <b>BOGOTA</b>		Localidad / Comuna: <b>CHAPINERO</b>	
				Zona: Cabecera Municipal <input type="checkbox"/> Rural Disperso <input type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Resto Rural <input type="checkbox"/>	

<b>IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR</b>											
Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante											
27. Apellidos y nombres Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre							
				Segundo Nombre							
28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	31. Sexo identificación: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Cuál:	32. Nacionalidad						
33. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio		34. Fecha de nacimiento: <table border="1"><tr><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr></table>		D	M	M	A	A	A
D	M	M	A	A	A						

<b>Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales</b>					
35. Apellidos y nombres					
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre	
				Segundo Nombre	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	40. Sexo identificación: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	41. Lugar de nacimiento: País Departamento Municipio	42. Fecha de nacimiento: <table border="1"><tr><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr></table>	D	M	M	A	A	A
D	M	M	A	A	A							
B1												
B2												
B3												
B4												
B5												

<b>Datos complementarios del Beneficiario</b>					
43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	48. Clasificación SISBÉN: Nivel Grupo
				49. Discapacidad: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Categoría de discapacidad:	50. Incapacidad permanente: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

<b>51. Datos de residencia</b>					
Departamento		Municipio/ Distrito		Zona	
				Teléfono fijo y/o celular	
				52. Valor de la UPC del afiliado adicional en el momento de la EPS	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

<b>53. Datos de dirección</b>					
Dirección		Localidad/Comuna		Correo Electrónico	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

A. AFILIACIÓN

NET. 900.231.440-6

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

**V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO**

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de Identificación	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación Dirección			Teléfono fijo o Celular
Correo Electrónico	Departamento	Municipio / Distrito	

**60. Tipo de Novedad**

<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.	<input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
<input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.	<input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
<input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identificación.	<input type="checkbox"/> 14. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado
<input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	<input type="checkbox"/> 15. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen
<input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
<input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero Código <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
<input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
<input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
<input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	<input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
<input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.	<input type="checkbox"/> 21. Retiro de Contribución Solidaria.
<input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país.	

**VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD**

**61. Datos básicos de identificación**

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad	62. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
65. EPS anterior		66. Fecha de novedad D D M M A A A A	63. Sexo identificación F M T NB Otro <input type="text"/> Cuál <input type="text"/>
		67. Motivo de traslado Código <input type="text"/>	64. Fecha de nacimiento D D M M A A A A
		68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones	

**VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

<input type="checkbox"/> 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
<input type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
<input type="checkbox"/> 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
<input type="checkbox"/> 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
<input type="checkbox"/> 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
<input type="checkbox"/> 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
<input type="checkbox"/> 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
<input type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
<input type="checkbox"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
<input type="checkbox"/> 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

**VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA**

**79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria**

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. del documento de identidad
-----------------	------------------	---------------	----------------	--------------------------------	--------------------------------

**IX. FIRMAS**

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
--	---

**X. ANEXOS**

<input type="checkbox"/> 82. Anexo copia del documento de identidad	Cantidad de documentos de identidad anexos: CN <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	
<input type="checkbox"/> 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	
<input type="checkbox"/> 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.	
<input type="checkbox"/> 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	
<input type="checkbox"/> 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.	
<input type="checkbox"/> 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.	
<input type="checkbox"/> 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.	
<input type="checkbox"/> 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	
<input type="checkbox"/> 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.	Total Anexos <input type="text"/>

**XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL**

92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la Institución
--	----------------------	-------------------------	------------------------------

**XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL**

**94. Apellidos y nombres**

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario
		96. fecha de radicación D D M M A A A A	97. Fecha de validación D D M M A A A A

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
--	---------------------	-----------------------

B. REPORTE DE NOVEDADES

La radicación no. 0013345450 ha sido  
enviada a: [mil.ro@live.com](mailto:mil.ro@live.com) en los pr  
bandeja de entrada u otras carpetas

Si no obtienes respuesta puedes con  
8000919100 en el resto del país.



# Función Pública



Verificados los resultados del participante en el curso virtual

**Función Pública certifica que:**

**MYLTON RIOS**

C.C 80.027.181

Participó y completó el curso virtual

**Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción**

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 10 de marzo 2026

**Francisco Camargo Salas**  
Director de Empleo Público



Código: 769495883000

# INDUCCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Puntos: 14/14

## Información del colaborador

### 1. Nombre Completo \*

Mylton Orlando Rios Ospina

### 2. Número de identificación \*

80027181

### 3. En qué área o dependencia desarrolla actualmente sus funciones o presta sus servicios en RTVC \*

- Canal Institucional
- Comunicaciones
- Contabilidad
- Contratación Mínima Cuantía
- Control Interno
- Control Interno Disciplinario
- Emisión Radio
- Gerencia
- Gestión Administrativa
- Gestión Comercial
- Gestión Del Talento Humano

- Ingeniería De Red
- Oficina Asesora Juridica
- Operación De Emisión Televisión
- Planeación
- Presupuesto
- Radio Nacional
- Radiónica
- RTVCPlay
- RTVC Noticias
- Señal Colombia
- Señal Memoria
- Subgerencia De Radio
- Subgerencia De Soporte Corporativo
- Subgerencia De Televisión
- Tecnologías Convergentes
- Tecnologías De La Información T.I.
- Tesorería
- Externo

## Cuestionario Evaluativo

✓ **Correcto** 1/1 Puntos

4.Cuál es el significado de la sigla SG-SST \*

- Sistema General de Seguridad Social en el Trabajo
- Servicio de Gestión para la Salud y Seguridad en el Trabajo

- Sistema de Garantía de la Seguridad y Salud Total
- Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
- Secretaría General de Seguridad y Salud en el Trabajo

✓ **Correcto** 1/1 Puntos

5. Cuál de los siguientes objetivos no es un objetivo específico para el SG-SST \*

- Identificar los peligros, evaluar y valorar los riesgos.
- Establecer controles que prevengan incidentes y accidentes de trabajo.
- Promover la participación y capacitación de los trabajadores en seguridad y salud.
- Implementar acciones de mejora continua en el sistema.
- Verificar el ingreso de personal a RTVC

✓ **Correcto** 1/1 Puntos

6. Cuáles son las políticas del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en RTVC \*

- Política de horarios flexibles, Política de bienestar y Política ambiental.
- Política de capacitación, Política de vacaciones y Política de incentivos.
- Política del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, Política de Alcohol, Tabaco y Drogas, y Política de Seguridad Vial.
- Política de inclusión, Política financiera y Política de recreación.
- Política de transporte, Política de alimentación y Política de sostenibilidad.

✓ **Correcto** 1/1 Puntos

7. Qué debe hacer un colaborador en caso de presentarse un desastre natural dentro de las instalaciones de RTVC \*

- Salir corriendo sin esperar indicaciones.
- Permanecer en su puesto hasta que pase la situación.

- Mantener la calma, seguir las instrucciones de la brigada de emergencias y dirigirse al punto de encuentro
- Llamar a un familiar antes de evacuar.
- Guardar sus objetos personales antes de evacuar.

✓ **Correcto** 1/1 Puntos

8. ¿Conoces cuáles son los puntos de encuentro establecidos en RTVC en caso de una emergencia?

\*

- Parqueadero subterráneo y cafetería.
- Calle 26 y Reja Amarilla.
- Sala de juntas y recepción.
- Oficina de talento humano y archivo central.
- Estudio de grabación y pasillo principal.

✓ **Correcto** 1/1 Puntos

9. Qué es un acto inseguro en terminos de SST \*

- Una actividad de recreación realizada dentro de la empresa.
- Una situación de riesgo generada únicamente por fallas en la infraestructura.
- Toda actividad que garantiza el cumplimiento de las normas de seguridad.
- Toda actividad que, por acción u omisión del colaborador, conlleva la violación de un procedimiento, norma, reglamento o práctica segura establecida.
- Un accidente ocurrido fuera de las instalaciones de la empresa.

✓ **Correcto** 1/1 Puntos

10. Qué es una condición insegura en el ámbito laboral \*

- Una conducta del colaborador que incumple las normas de seguridad.
- Una situación o característica física o ambiental previsible que se desvía de lo aceptable, normal o correcto, capaz de producir un accidente de trabajo o una enfermedad laboral.

- Un procedimiento administrativo que retrasa las actividades laborales.
- Una práctica que incrementa la productividad sin riesgos.
- Una medida preventiva aplicada en caso de emergencias.

✓ **Correcto** 1/1 Puntos

11. Qué situaciones se consideran un accidente de trabajo según la normatividad vigente \*

- Cualquier enfermedad común adquirida fuera de la empresa.
- Todo accidente ocurrido en el hogar, sin importar si está relacionado con el trabajo.
- Un evento que solo genera daños materiales en la empresa.
- Todo suceso repentino que ocurre por causa o con ocasión del trabajo y que produce en el trabajador una lesión orgánica, perturbación funcional, invalidez o la muerte.
- Un incidente sin consecuencias para la salud del trabajador.

✓ **Correcto** 1/1 Puntos

12. La enfermedad contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar, ¿Se constituye como enfermedad laboral? \*

- Si
- No

✓ **Correcto** 1/1 Puntos

13. Según la clasificación establecida en el SG-SST de RTVC, ¿cuáles son los riesgos priorizados en la entidad? \*

- Riesgo físico, riesgo por radiaciones, riesgo químico, riesgo biológico y riesgo público.
- Riesgo financiero, riesgo administrativo, riesgo ambiental, riesgo psicosocial y riesgo locativo.
- Riesgo químico, riesgo ergonómico, riesgo biológico, riesgo vial y riesgo por altura.
- Riesgo físico, riesgo social, riesgo cultural, riesgo biológico y riesgo tecnológico.
- Riesgo biomecánico, riesgo locativo, riesgo público, riesgo psicosocial y riesgo eléctrico.

✓ **Correcto** 1/1 Puntos

14. ¿Cuáles son los comités que hacen parte del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) en RTVC? \*

- Comité de Talento Humano y Comité de Bienestar Laboral.
- Comité de Compras y Comité Financiero.
- Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST), Comité de Convivencia Laboral y Comité de Seguridad Vial.
- Comité de Producción y Comité de Comunicaciones.
- E. Comité de Recreación y Comité Ambiental.

✓ **Correcto** 1/1 Puntos

15. ¿Qué significa la sigla EPP en el ámbito de la seguridad y salud en el trabajo? \*

- Elemento de Protección Personal.
- Elementos de Prevención Pública.
- Estándares de Protección Profesional.
- Entidad de Prevención y Protección.
- Equipo de Producción y Procesos.

✓ **Correcto** 1/1 Puntos

16. ¿Qué significa la sigla **PESV** en el ámbito de la seguridad vial laboral? \*

- Programa de Estrategias de Seguridad Vial.
- Plan Estratégico de Seguridad Vial.
- Política Empresarial de Seguridad Vial.
- Procedimiento Estandarizado de Seguridad Vial.
- Plan Empresarial de Salud y Vida.

✓ **Correcto** 1/1 Puntos

17. ¿Cuál es la **ARL** a la que se encuentra afiliada RTVC? \*

- A. ARL Sura
- B. ARL Colmena
- D. ARL AXA Colpatría
- C. ARL Positiva
- E. ARL Bolívar



Este contenido lo creó el propietario del formulario. Los datos que envíes se enviarán al propietario del formulario. Microsoft no es responsable de las prácticas de privacidad o seguridad de sus clientes, incluidas las que adopte el propietario de este formulario. Nunca des tu contraseña.

**Microsoft Forms** | Encuestas, cuestionarios y sondeos con tecnología de inteligencia artificial [Crear mi propio formulario](#)

[Privacidad y cookies](#) | [Términos de uso](#)

COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80.027.181**

**RIOS OSPINA**

APELLIDOS  
**MYLTON ORLANDO**


NOMBRES

*[Handwritten Signature]*

FIRMA



REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-AGO-1980**

**VILLAHERMOSA**  
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

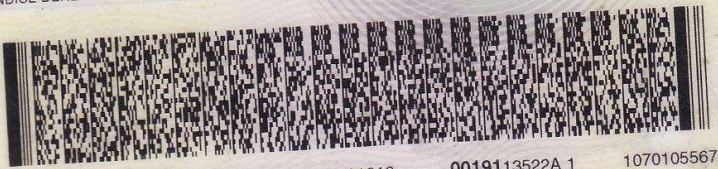
**1.68**  
ESTATURA

**A+**  
G.S. RH

**M**  
SEXO

**25-AGO-1998 BOGOTA D.C.**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sanchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00203567-M-0080027181-20091216 0019113522A 1 1070105567

REGISTRADORA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



# Certificación Bancaria

Martes, 10 de marzo de 2026

RTVC

Bancolombia S.A. se permite informar que MYLTON ORLANDO RIOS OSPINA identificado(a) con CC 80027181, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros	19109335196	2002-04-10	ACTIVO	*****

**\*Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

\*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.  
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a [correosospechoso@bancolombia.com.co](mailto:correosospechoso@bancolombia.com.co)