


20232100011183

Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 20232100011183

Fecha: Viernes, 19 de Mayo de 2023

	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Código: MA-GC-F28
	GESTIÓN CONTRACTUAL	Versión: 9
	CERTIFICADO DE SUPERVISIÓN	Fecha: 09/12/2020 Página: 1 de 3

Fecha de expedición			Radicación en Presupuesto y Contabilidad		
DD	MM	AAAA	Fecha		
19	05	2023	Consecutivo		

1.DATOS GENERALES

CONTRATO No. 299 de 2023

OBJETO: Prestar sus servicios de manera autónoma e independiente como EDITOR de los contratos inherentes al proceso que le sean asignados, para las necesidades de TEVEANDINA SAS. Todo de conformidad con la naturaleza del servicio y con la propuesta presentada por el contratista, la cual hace parte integral del Contrato.

CLASE: PRESTACIÓN DE SERVICIO **EVENTO:** RES. 014/23 FUTIC.
FACTURA:

CESION **TERMINACION ANTICIPADA** **FECHA FINALIZACION:**

PLAZO DE EJECUCIÓN DESDE: 18/04/2023 **HASTA:** 14/07/2023

NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA: ROSA MARIA RINCON CACERES

PESONA NATURAL **PERSONA JURÍDICA**

C. C 60.422.890 DE PIEDECUESTA **Régimen común** **Régimen simplificado**

Valor de la factura y/o documento equivalente más IVA (si aplica) **Valor a pagar** \$2.645.310

Número de planilla de aportes a salud, pensión y ARL: N/A

PERIODO CERTIFICADO	Desde	DD	MM	AAAA	Hasta	DD	MM	AAAA
		18	04	2023		14	05	2023

Número de pago: 01 de 03

2. INFORMACIÓN FINANCIERA

VALORES

VALOR DEL CONTRATO **\$8.313.832**

MODIFICACIÓN AL VALOR 1

MODIFICACIÓN AL VALOR 2

MODIFICACIÓN AL VALOR 3

MODIFICACIÓN AL VALOR 4

VALOR ANTICIPO

VALOR A AMORTIZAR EN ESTA CUENTA

VALOR AMORTIZADO ANTES DE ESTA CUENTA

SALDO PENDIENTE POR AMORTIZAR DESPUES DE ESTA CUENTA

VALOR A PAGAR DE ESTA CUENTA **\$2.645.310**

VALOR EJECUTADO A LA FECHA ANTES DE ESTA CUENTA **\$0**

SALDO PENDIENTE POR EJECUTAR DESPUES DE ESTA CUENTA **\$5.668.522**

Si el pago se pacta por capítulos, tenga en cuenta que Canal Trece ha determinado que para que el contratista no tenga que variar la base mensualmente, el valor del aporte a seguridad social se hará dividiendo el valor del contrato en el número de meses pactados.

Nota: En el caso que el contrato presente más adiciones, se deberán adicionar igual número de casillas.

Número de Registro Presupuestal a afectar en este pago	NÚMERO	FECHA DEL REGISTRO
	470	18/04/2023


APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	ENTIDAD	VALOR
BASE INGRESO DE COTIZACIÓN		1.160.000
APORTES OBLIGATORIOS EN SALUD 12,5 % (*)	SALUD TOTAL	145.000

20232100011183

Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 20232100011183

Fecha: **Viernes, 19 de Mayo de 2023**

	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Código: MA-GC-F28
	GESTIÓN CONTRACTUAL	Versión: 9
	CERTIFICADO DE SUPERVISIÓN	Fecha: 09/12/2020 Página: 2 de 3

APORTES OBLIGATORIOS EN PENSIÓN 16% (*)	COLPENSIONES	185.600
APORTE ARL (*):	COLMENA	6.100

(*) El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pensión y Fondo de Solidaridad Pensional, deben estar calculados con base en el 40% de los honorarios mensuales (sin incluir IVA). En este valor deben estar excluidos los intereses de mora si estos fueron causados. En todo caso, si el valor del ingreso base de cotización es inferior a un salario mínimo mensual legal vigente, la cotización al sistema de seguridad social deberá hacerse sobre un (1) salario mínimo mensual legal vigente y deberá ser diligenciado directamente en la casilla.

3. INFORME DE ACTIVIDADES

ENTREGABLES: Si en el contrato, en la cláusula forma de pago, se establecen entregables a cargo del contratista y obedecen a este periodo, relacione los bienes y/o servicios entregados y su ubicación:

Descripción del Bien o Servicios Recibido	Ubicación
	(relacione link, carpeta compartida, área y responsable que recibió y soporte de entrega a esta área de acuerdo a la circular 012 de 2020).

PERSONA NATURAL:

El supervisor certifica que el contratista desarrolló las actividades en virtud de las obligaciones específicas del contrato suscrito con la entidad, las cuales se encuentran revisadas y aprobadas en el formato MA-GC-F43 Informe de Actividades presentado por el contratista.

PERSONA JURÍDICA: Describa las actividades realizadas de acuerdo con las obligaciones, si aplica.

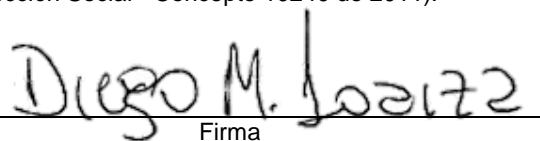
Obligaciones contractuales	Productos o actividades

El contratista certificó bajo la gravedad de juramento que cumplió con la obligación del pago de los parafiscales (salud, pensión y ARL) de conformidad con lo establecido en el Decreto 1703 de 2002. Este se anexa y forma parte integral del presente certificado de supervisión. Adicionalmente, doy fe que el contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones establecidas en el contrato, en los términos y tiempo pactados, los cuales se verificaron y avalaron para el periodo causado.

(Nota: Si la persona natural propietaria de un establecimiento de comercio tiene trabajadores a cargo, deberá acreditar no solo el pago de sus propios aportes, sino también el pago de los aportes a seguridad social y parafiscales de las personas que tenga vinculadas laboralmente. Ministerio de Protección Social - Concepto 10240 de 2011).

**MAURICIO
RODRIGUEZ**

Firmado digitalmente por
MAURICIO RODRIGUEZ
Fecha: 2023.05.19 15:20:32 -05'00'
Firma


Firma

Nombres y apellidos: MAURICIO RODRÍGUEZ

Cargo **COORDINADOR TÉCNICO Y DE PRODUCCIÓN**

Supervisor de planta

Nota: Si el contrato tiene más supervisores, se deberá adicionar la información respectiva.

ELABORADO POR: DMOZ

Nombres y apellidos: DIEGO LOAIZA PARRA

Actividad **ASESOR CONCEPTUAL Y DE PRODUCCIÓN Y DE SUPERVISIÓN**


Supervisor de apoyo

20232100011183

Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **20232100011183**

Fecha: **Viernes, 19 de Mayo de 2023**

	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Código: MA-GC-F28
	GESTIÓN CONTRACTUAL	Versión: 9
	CERTIFICADO DE SUPERVISIÓN	Fecha: 09/12/2020 Página: 3 de 3

**SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD****Código:** MA-GF-F04**MEJORAMIENTO CONTINUO****Versión:** 2**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA****Fecha:** 28/03/2023**Página:** 1 de 1**CANAL REGIONAL DE TELEVISIÓN TEVEANDINA S.A.S.****NIT: 830.005.370-4****DEBE A:****Número interno:**

NOMBRE: ROSA MARIA RINCON CACERES

NIT/C.C.: 60.422.890 DE PIEDECUESTA

Dirección: calle 6 a bis # 78c-17 piso 1

Teléfono: 3188022921

Correo: rolauche@gmail.com

Fecha: 19 de mayo de 2023

Ciudad: Bogotá

Por concepto de:

Prestar sus servicios de manera autónoma e independiente como EDITOR para las necesidades de TEVEANDINA SAS. Todo de conformidad con la naturaleza del servicio y con la propuesta presentada por el contratista, la cual hace parte integral del Contrato.

Durante el periodo del 18 de abril al 14 de mayo del 2023

La suma de:

DOS MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS DIEZ PESOS M/CTE
(\$2.645.310)

Consignar en:

Entidad financiera: Bancolombia

Número de cuenta: 91210751454

Cuenta de ahorros: Cuenta corriente: **Contabilización:**

VALOR TOTAL DE LA OPERACIÓN: 2.645.310

IVA: _____

RETENCIÓN DE IVA: _____

RETENCIÓN EN LA FUENTE: _____

RETENCIÓN DE ICA: _____

VALOR A PAGAR: _____

FIRMA Y C.C. 60.422.890 DE PIEDECUESTA

Para personas naturales no comerciantes o inscritas al Régimen Simplificado. Decreto 522 de marzo de 2003, artículo 03.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No de Radicacion
4009996272

Fecha de Radicación
2 3 0 3 2 0 2 3

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

Página 1 de 2

1. tipo de tramite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>		2. Tipo afiliación A. Individual: <input type="checkbox"/> - Cotizante Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> B. Institucional <input type="checkbox"/> - Beneficiario afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. De oficio <input type="checkbox"/>		3. Regimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		Código (a registrar por la EPS) <input type="text" value="3"/>

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres RINCON Primer apellido CACERES Segundo apellido ROSA Primer nombre MARIA Segundo nombre			
7. Tipo documento de Identidad <input type="text" value="CC"/>	8. Número del documento de Identidad 60422890	9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 0 4 0 4 1 9 7 5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales			
11. Etnia <input type="text" value="6"/>	12. Discapacidad Tipo <input type="text" value="FNH"/> Condición <input type="text" value="TIP"/>	13. Puntaje SISBEN <input type="text"/>	14. Grupo de poblacion especial <input type="text"/>
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL RIESGOS PROFESIONALES COLMENA	16. Administradora de Pensiones INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL	17. Ingreso base de cotización - IBC 1160000	
18. Residencia CL 6 A BIS N 78C 17 BRR PIO 12 LOCALIDAD KENNEDY Dirección			
BOGOTA Municipio/Distrito	zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Telefono fijo 3188022921	Telefono celular
BOGOTA Departamento		Correo electronico ROLAUCHE@GMAIL.COM	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad <input type="text"/>	21. Número documento identidad	22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27. Sexo Femenino Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F N M Condición T P		
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				
32. Datos de residencia				
Municipio/Distrito	Zona Urbana Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS C VS AMERICAS - UOD CPO AMERICAS	Código de la IPS(a registrar por la EPS) VSAMERICAS - UODCPOAMER
B	-
B	-
B	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES DE LAS AFILIACION COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social ROSA MARIA RINCON CACERES	36. Tipo de identificación <input type="text" value="CC"/>	37. Numero de documnto de Identificación 60422890	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS) 01
39. Ubicación CL 6 A BIS N 78C 17 BRR PIO 12 LOCALIDAD KENNEDY Dirección	3188022921 Teléfono	ROLAUCHE@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito BOGOTA Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación
2. Corrección datos básicos de identificación
3. Actualización documento de identidad
4. Actualización y/o corrección datos complementarios
5. Terminación de la inscripción en la EPS.
Código:
6. Reinscripción en la EPS
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo
 B. Régimen Subsidiado
14. Traslado: A. Mismo régimen
 B. Diferente régimen
15. Reporte de fallecimiento
16. Reporte del trámite de protección al cesante
17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
18. Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

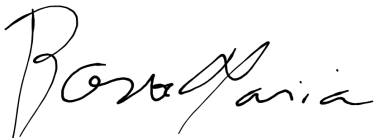
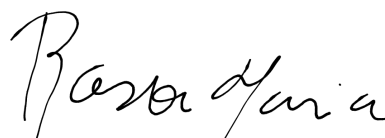
41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo		Fecha de nacimiento		42.Fecha	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>				0 1 0 4 2 0 2 3	
43.EPS anterior		44.Motivo de traslado Código: <input type="checkbox"/>		45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud.
50. 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.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
52. 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
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

	
54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo Copia del documento de identidad: CN. RC. TI. CC. PA. CE. CD. SC.

Cantidad: Total: 0

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.

60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor

61. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.

62. 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 padres.

63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud


64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
70. Datos funcionario que realiza la validación				71. Firma del funcionario		
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Observaciones						

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Código: MA-GC-F43
	GESTIÓN CONTRACTUAL	Versión: 1
	INFORME DE ACTIVIDADES	Fecha: 20 marzo 2018
		Página: 1 de 3

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS PERSONAS NATURALES

No. del contrato:	299 de 2023
Objeto del contrato:	Prestar sus servicios de manera autónoma e independiente como EDITOR para las necesidades de TEVEANDINA SAS. Todo de conformidad con la naturaleza del servicio y con la propuesta presentada por el contratista, la cual hace parte integral del Contrato.
Nombre del contratista:	ROSA MARIA RINCON CACERES
Nombre del supervisor de Planta:	MAURICIO RODRIGUEZ
Cargo del supervisor de Planta:	COORDINADOR TÉCNICO Y DE PRODUCCIÓN
Nombre del Apoyo a la supervisión (si aplica):	DIEGO LOAIZA PARRA
Actividad del Apoyo a la supervisión (si aplica):	ASESOR CONCEPTUAL Y DE PRODUCCIÓN Y DE SUPERVISIÓN
Período certificado:	18/04/2023 a 14/05/2023


Informe de actividades:

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. Velar por la buena calidad de los productos audiovisuales, proponiendo con concepto, criterio y ritmo de edición, el desarrollo audiovisual acorde al proyecto	<p>Propuse concepto, criterio de edición y en el desarrollo audiovisual acorde al proyecto.</p> <p>Participo en edición:</p> <p>magnífica región Zipaquirá cap. t 1-2-3-4</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 promos expectativa magnífica región 13 estreno 6 mayo • 4 pastillas promocionales magnífica región 13 • Apoyos de presentadora cap. 1-2 • De fiesta en fiesta cap. 1-2 • Vox pop cap. 1-2 • Trivia cap. 1-2 • Crónica de viaje cap. 1 • Santo remedio cap. 1 • Paisanos cap. 2 • Crónica de viaje - rocas de abra cap. 2 • Juegos típicos sección tacho remacho cap. 2 • Vox pop – cap. 3 • Hecho a mano – cap. 3 • El mono de la pila -cap. 3 • Parte de fiesta en fiesta- cap. 4 • Hecho a mano- cap. 4 • Paisanos -cap. 4 • 2 promocionales para -cap. 3 y 4



2.. Realizar el montaje audiovisual, Colorización, nivelación de audio, video y sincronización del material audiovisual requerido por la producción.	<p>Para este periodo realice el montaje audiovisual de las siguientes notas para</p> <p>magnifica región Zipaquirá cap. t 1-2-3-4</p> <ul style="list-style-type: none">• 4 promos expectativa magnifica región 13 estreno 6 mayo• 4 pastillas promocionales magnifica región 13• Apoyos de presentadora cap. 1-2• De fiesta en fiesta cap. 1-2• Vox pop cap. 1-2• Trivia cap. 1-2• Crónica de viaje cap. 1• Santo remedio cap. 1• Paisanos cap. 2• Crónica de viaje - rocas de abra cap. 2• Juegos típicos sección tacho remacho cap. 2• Vox pop – cap. 3• Hecho a mano – cap. 3• El mono de la pila -cap. 3• Parte de fiesta en fiesta- cap. 4• Hecho a mano- cap. 4• Paisanos -cap. 4• 2 promocionales para -cap. 3 y 4
3. Cumplir a los llamados del área de producción, de acuerdo con el cronograma establecido y según las necesidades del proyecto	Cumplí a todos los llamados del área de producción según las necesidades del proyecto
4. Ejecutar y apoyar en la publicación y en el procedimiento de contenidos audiovisuales para su correcta comunicación en la plataforma digital designada.	Apoye la publicación y en el procedimiento de contenidos audiovisuales para su correcta comunicación en la plataforma digital designada.
5. Velar por el cuidado de los elementos que opere en el desarrollo de su contrato e informar de manera inmediata a la supervisión designada, cualquier anomalía que se presente en los equipos.	Cuidélos elementos que operé en el desarrollo de mi contrato e informe de manera inmediata a la supervisión designada, las anomalías que han presentado mis equipos de trabajo.
6. Asistir a reuniones convocadas por la producción de acuerdo con los tiempos establecidos y necesidades de cada proyecto.	Participo en todas las reuniones convocadas por la producción de acuerdo con los tiempos establecidos y necesidades del proyecto.
7. Entregar con el informe de pago, todos los documentos que evidencie la labor desempeñada ya sea en físico o en medio magnético	Entrego en un drive la evidencia de mi trabajo en edición y adicionalmente adjunto el link donde se transmiten las notas, boletines e informativos.
8. Las demás que requiera el supervisor del contrato que tenga relación con el objeto contractual	Estuve disponible para lo que mi supervisor y el canal requieran

	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Código: MA-GC-F43
	GESTIÓN CONTRACTUAL	Versión: 1
	INFORME DE ACTIVIDADES	Fecha: 20 marzo 2018 Página: 3 de 3

Anexos:

DESCRIPCIÓN	No. DE FOLIOS
Comparto link de Drive donde se puede evidenciar en imágenes mi trabajo en campo	https://drive.google.com/drive/folders/1LOUh97R24-Tpbl_UBeOzR6z_bMydtase?usp=share_link

NOTA: En cumplimiento del Parágrafo 1° del Artículo 4, del Decreto 2271 de 18 junio 2009: Me permito certificar bajo la gravedad de juramento con mi firma y número de identificación, que los documentos que soportan el pago del período arriba certificado corresponden a los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social, ingresos provenientes del contrato suscrito con Teveandina Ltda.

El presente informe se firma a los 19 días del mes de mayo de 2023

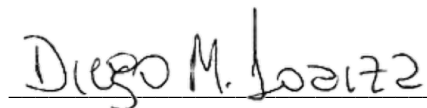


FIRMA CONTRATISTA
NOMBRE: ROSA MARIA RINCON CACERES
C.C. 60.422.890 De Piedecuesta

Su contenido se encuentra validado por:

**MAURICIO
RODRIGUEZ**

Firmado digitalmente por
MAURICIO RODRIGUEZ
Fecha: 2023.05.19 15:21:09
-05'00'



Vo.Bo. SUPERVISOR DE PLANTA
NOMBRE: MAURICIO RODRÍGUEZ
Coordinador Técnico y de Producción

Vo.Bo. APOYO A LA SUPERVISIÓN
NOMBRE: DIEGO LOAIZA PARRA
Asesor conceptual y de Producción y supervisión



Verificados los resultados del participante en el curso virtual
Función Pública certifica que:

ROSA MARIA RINCON CACERES

C.C 60.422.890

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 09 de mayo 2023

Aura Isabel Mora

Código: 761733809000

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano

CERTIFICADO de APROVECHAMIENTO

Hace constar que

Rosa Maria Rincon Caceres

ha completado el curso

Inducción Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo - SGSST

11 May 2023



Aplicativo por la
Integridad pública

FUNCIÓN PÚBLICA

Declaración de Ley 2013 de 2019 Declaración Decreto 830 de 2021 (Personas Expuestas Políticamente - PEP) Registro de familiares con contratos

Inicio

Opciones de usuario

Declaración de Ley 2013 de 2019

Ver aceptación de la política de seguridad de datos

Registrar nueva Declaración Ley 2013 de 2019

Consulte y descargue sus declaraciones publicadas

Recuerde verificar también si, según el **Decreto 830 de 2021**, usted debe declarar y publicar su información financiera. En caso de que deba hacerlo, dé clic en **Declaración Decreto 830 de 2021 (Personas Expuestas Políticamente - PEP)** en el menú superior del aplicativo.

Lista Declaraciones de Ley 2013 de 2019

Formulario 1.124.708 finalizado

Acciones	Declaración No.	Entidad	Cargo/Contratista	Tipo de publicación	Fecha de creación	Fecha de publicación ▾	Estado
	1124708-01 Declaración inicial	CANAL REGIONAL DE TELEVISION TEVEANDINA LTDA	CONTRATISTA	INGRESO	2023-05-09 12:22	2023-05-10 09:40	FINALIZADO

Si tiene alguna duda o presenta algún inconveniente, escribanos a: sopORTEaplicativoIntegridad@funcionpublica.gov.co Indicando su requerimiento, nombre, tipo y número de documento y teléfono de contacto.

Aplicativo por la Integridad Pública

1.3.11

	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Código: MA-GC-F10
	GESTIÓN CONTRACTUAL	Versión: 2
	FORMATO ACTA DE INICIO	Fecha: 28/11/2016 Página: 1 de 1

**ACTA DE INICIO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 299 de 2023
CELEBRADO ENTRE TEVEANDINA SAS Y ROSA MARIA RINCON CACERES**

Entre los suscritos a saber, MAURICIO RODRIGUEZ, identificado con cédula de ciudadanía N° 79.876.778 de Bogotá y DIEGO MAURICIO LOAIZA, identificado con cédula de ciudadanía N° 80.062.369 de Bogotá, en su calidad de supervisores designados, quien obra en nombre y representación de TEVEANDINA SAS identificada con NIT. 830.005.370-4, de una parte y por otra **ROSA MARIA RINCON CACERES**, persona mayor de edad e identificado con cédula de ciudadanía N° 60.422.890 DE PIEDECUESTA quien obra en nombre propio.

INFORMACIÓN GENERAL

OBJETO: Prestar sus servicios de manera autónoma e independiente como EDITOR para las necesidades de TEVEANDINA SAS. Todo de conformidad con la naturaleza del servicio y con la propuesta presentada por el contratista, la cual hace parte integral del Contrato.

PLAZO DE EJECUCIÓN: Hasta el 14 de julio de 2023, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y registro presupuestal y aprobación de pólizas (si aplica).

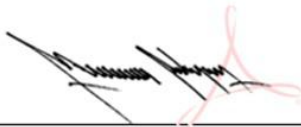
FECHA DE INICIO: 18 de abril de 2023

FECHA DE TERMINACIÓN: 14 de julio de 2023

VALOR DEL CONTRATO: OCHO MILLONES TRESCIENTOS TRECE MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS M/CTE (\$8.313.832)

Para constancia se firma por quienes en ella intervinieron, en Bogotá, D. C. a los 18 días del mes de abril de 2023

POR TEVEANDINA SAS



MAURICIO RODRIGUEZ
Coordinador Técnico Y De Producción
Supervisor de planta



DIEGO MAURICIO LOAIZA
Asesor Conceptual y de Producción
supervisor de apoyo
(Contratista)



ROSA MARIA RINCON CACERES
C.C 60.422.890 DE PIEDECUESTA

Elaboró: ROSA MARIA RINCON CACERES

Bogotá D.C, 19 de MAYO de 2023

Señores:

CANAL REGIONAL DE TELEVISION TEVEANDINA S.A.S.

La ciudad

Yo, ROSA MARIA RINCON CACERES , identificado (a) como aparece al pie de mi firma, hago la siguiente declaración dando cumplimiento a los artículos 383 E.T. modificado por el Art. 8 de la Ley 2277 de 2022 y Art. 387 E.T. modificado por el Art. 2 de la Ley 2277 de 2022, Así:

1. NO (x) SI () solicito aplicación los siguientes beneficios tributarios por los siguientes conceptos:

- () Dependientes (determinar parentesco).(hijo)

- () Deducción por aportes a salud (prepagada, pólizas, etc.)

- () Intereses por préstamo para adquisición de vivienda realizados a instituciones financieras.

- () Aportes con destino a cuentas AFC.

Adjunto las respectivas certificaciones y/o soportes para su aplicación,

Cordialmente,



FIRMA: _____

NOMBRE: ROSA MARIA RINCON CACERES

C.C. No. 60.422.890 DE LOS PATIOS N/S.