


\*20243240068923\*

Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 20243240068923

Fecha: Jueves, 17 de Octubre de 2024

	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>	<b>Código:</b> MA-GC-F28
	<b>GESTIÓN CONTRACTUAL</b>	<b>Versión:</b> 10
	<b>CERTIFICACION DE SUPERVISION</b>	<b>Fecha:</b> 27/12/2023
	<b>CUENTA DE COBRO</b>	<b>Página:</b> 1 de 2

Fecha		
DD	MM	AAAA
17	10	2024


1.DATOS GENERALES									
<b>CONTRATO No. 856 de 2024</b>									
<b>OBJETO:</b> TRANSFERENCIA DE DERECHOS PATRIMONIALES DE AUTOR EN EL MARCO DEL PROYECTO "HISTORIAS DEL CAMBIO" RES/185-2024, BAJO LOS TÉRMINOS DE LA RESOLUCIÓN 2285 DE 2023 MINTIC.									
<b>TIPO DE CONTRATO:</b> CONTRATO DE TRANSFERENCIA DE DERECHOS PATRIMONIALES DE AUTOR.				<b>FUENTE DE RECURSOS:</b>		RESOLUCIÓN 0185 DE 2024			
				<b>FACTURA:</b>					
<b>PLAZO DE EJECUCIÓN DESDE:</b> 16 DE AGOSTO 2024 <b>HASTA:</b> 30 DE NOVIEMBRE 2024									
<b>NOMBRES Y APELLIDOS Y/O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:</b> DAVID ANDRES CORAL									
<b>PESONA NATURAL:</b> X_				<b>PERSONA JURIDICA:</b>					
<b>C.C. No 1015404764</b>				<b>NIT:</b>					
<b>Régimen común</b> <input type="checkbox"/> <b>Régimen simplificado</b> <input checked="" type="checkbox"/>									
Valor de la factura y/o documento equivalente más IVA (si aplica)					<b>VALOR A PAGAR</b>			<b>\$7.000.000</b>	
<b>PERIODO CERTIFICADO</b>		<b>Desde</b>	<b>DD</b>	<b>MM</b>	<b>AAAA</b>	<b>Hasta</b>	<b>DD</b>	<b>MM</b>	<b>AAAA</b>
			30	08	2024		17	10	2024
<b>Número de pago:</b> 2 DE 2									
2. INFORMACION FINANCIERA									
<b>VALORES</b>									
VALOR DEL CONTRATO					\$14.000.000				
MODIFICACIÓN AL VALOR 1		Adición <input type="checkbox"/> Disminución <input type="checkbox"/>							
MODIFICACIÓN AL VALOR 2		Adición <input type="checkbox"/> Disminución <input type="checkbox"/>							
MODIFICACIÓN AL VALOR 3		Adición <input type="checkbox"/> Disminución <input type="checkbox"/>							
MODIFICACIÓN AL VALOR 4		Adición <input type="checkbox"/> Disminución <input type="checkbox"/>							
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					\$7.000.000				
VALOR EJECUTADO A LA FECHA ANTES DE ESTA CUENTA					\$7.000.000				
SALDO PENDIENTE POR EJECUTAR DESPUES DE ESTA CUENTA					\$0				
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.									
<b>Nota:</b> En el caso que el contrato presente más adiciones, se deberán adicionar igual número de casillas.									
Datos del Registro Presupuestal					<b>NÚMERO</b>		<b>FECHA DEL REGISTRO</b>		
					1734		16/08/2024		
<b>Número de planilla de aportes a salud, pensión y ARL:</b>					80530987				
<b>APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL</b>					<b>ENTIDAD</b>		<b>VALOR</b>		

\*20243240068923\*

Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 20243240068923

Fecha: Jueves, 17 de Octubre de 2024

	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>	<b>Código:</b> MA-GC-F28
	<b>GESTIÓN CONTRACTUAL</b>	<b>Versión:</b> 10
	<b>CERTIFICACION DE SUPERVISION</b>	<b>Fecha:</b> 27/12/2023
	<b>CUENTA DE COBRO</b>	<b>Página:</b> 2 de 2

BASE INGRESO DE COTIZACION		2.800.000
APORTES OBLIGATORIOS EN SALUD 12,5 % (*)		350.000
APORTES OBLIGATORIOS EN PENSION 16% (*)		448.000
APORTE ARL (*):		14.616

(\*) 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 y o de valor a cobrar (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. El Interventor y/o Supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

El contratista cumplió con la obligación del pago de los parafiscales (salud, pensión y ARL) de conformidad con lo establecido en el Decreto 1703 de 2002. Soporte evidencia se valida y anexa al presente certificado.

Igualmente se certifica que el contratista cumplió con transferencia de derechos patrimoniales de autor.

### 4. Anexos

- Certificación de supervisión
- Documento equivalente a factura
- Copia contrato (aplica solo para la primera cuenta)
- Copia cedula (aplica solo para la primera cuenta)
- Copia RUT (aplica solo para la primera cuenta)
- Certificación bancaria (aplica solo para la primera cuenta)



**YENNI CATHERINE RAMIREZ**  
COORDINADORA TECNICA Y DE  
PRODUCCION  
SUPERVISORA DE PLANTA



**DANIELA VARGAS PAVÓN**  
C.C. No 52.990.165  
GESTORA SENIOR DE PROYECTOS ESPECIALES  
SUPERVISORA DE APOYO

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



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:**

Núm

NOMBRE: David Andrés Coral

NIT/C.C.: 1.015.404.764

Dirección: Calle 145A # 13A - 90 apto 703 edificio Catania

Teléfono: 3144791935

Correo: dac\_188@hotmail.com

Fecha: 17 de octubre de 2024

Ciudad: Bogotá

**Por concepto de:**

TRANSFERENCIA DE DERECHOS PATRIMONIALES DE AUTOR EN EL MARCO DEL PROYECTO "HISTORIAS DEL CAMBIO" RES/185-2024, BAJO LOS TÉRMINOS DE LA RESOLUCIÓN 2285 DE 2023 MINTIC.

**La suma de:**

SIETE MILLONES DE PESOS M/CTE (\$7.000.000)

**Consignar en:**

Entidad financiera:

Número de cuenta:

Cuenta de ahorros:  Cuenta corriente:

**Contabilización:**

VALOR TOTAL DE LA OPERACIÓN: \$ 7.000.000

IVA:

RETENCIÓN DE IVA:

RETENCIÓN EN LA FUENTE:

RETENCIÓN DE ICA:

VALOR A PAGAR:

**FIRMA:**

**C.C:** Banco caja social

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1015404764	DAVID ANDRES CORAL		CLL 46 53-57 P1 1	4768171	dac_188@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	
					EMPLEADOS	UPC
80530987	26/09/2024				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	N	17/10/2024	81046597	\$15.100	

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					

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	

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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	14.700				14.700	31	400	15.100			147	15.100	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
SENA				
0	31	0	0	0
ICBF				
0	31	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	14.700	15.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>1</b>	<b>14.700</b>	<b>15.100</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1015404764	DAVID ANDRES CORAL		CLL 46 53-57 P1 1	4768171	dac_188@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	
					EMPLEADOS	UPC
80530987	26/09/2024				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	N	17/10/2024	81046597	\$15.100	

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSION				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																		
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Beneficio	Clase de aporte	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TPD	TPP	YBP	YBT	SLJ	SGE	UMA	UAC	UAC	UAC	REL	CORRECCION	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	1015404764	CORAL DAVID ANDRES	57	0			N																	231001	2.800.000	448.000	0	0	0	0	EPS008	2.800.000	350.000	14-11	2.800.000	1	14.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1015404764	DAVID ANDRES CORAL		CLL 46 53-57 P1 1	4768171	dac_188@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
						SI

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	
2024-08	2024-08	I	26/09/2024	80530987	\$803.900	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	350.000	0		0		0	10	2.600	0	352.600	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	
231001	Colfondos	800227940-6	448.000	0	0	0	0	10	3.300	0	451.300	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										

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
SENA				
0	10	0	0	0
ICBF				
0	10	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	350.000	352.600
Pensión	1	448.000	451.300
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>2</b>	<b>798.000</b>	<b>803.900</b>



**CIRCULAR No. 011 DE 2020**

**PARA: SUPERVISORES Y CONTRATISTAS**

**DE: GUSTAVO ALBERTO DELGADO BAUTISTA  
COORDINADOR DE PRESUPUESTO Y CONTABILIDAD**

**ASUNTO: APORTES SEGURIDAD SOCIAL UTLIMA CUENTA DE COBRO**

**FECHA: 06 DE JULIO DE 2020**

Teniendo en cuenta lo reglamentado en el Decreto 1273 de 2018, el cual se respecto de los aportes a Seguridad Social por parte de los trabajadores independientes estipula lo siguiente:

- Artículo 1 mediante el cual se modificó el Art. 2.2.1.1.1.7 del Decreto 780 de 2016, el cual relaciona que **"El pago de las cotizaciones al Sistema de Seguridad Social Integral de los trabajadores independientes se efectuará mes vencido**, por periodos mensuales, a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) y teniendo en cuenta los ingresos percibidos en el periodo de cotización, esto es, el mes anterior."
- Artículo 2 mediante el cual se adicionó el Titulo 7, Parte 2, Libro 3 del Decreto 780 de 2016, Art. 3.2.7.1 en el que se estipula que **"Ingreso Base de Cotización (IBC) del trabajador independiente con contrato de prestación de servicios personales. El ingreso base de cotización (IBC) al Sistema de Seguridad Social Integral del trabajador independiente con contrato de prestación de servicios personales relacionados con las funciones de la entidad contratante corresponde mínimo al cuarenta por ciento (40%) del valor mensualizado de cada contrato, sin incluir el valor total del Impuesto al Valor Agregado (IVA) cuando a ello haya lugar. En ningún caso el IBC podrá ser inferior al salario mínimo mensual legal vigente ni superior a 25 veces el salaría mínimo mensual legal vigente..."** por lo que el contratista esta obligado a cotizar al sistema de seguridad social por el 40% del valor total del contrato de prestación de servicios.
- Y el Artículo 3.2.7.4 que en su párrafo estipula que **"Cuando no haya lugar al pago de los servicios contratados, de conformidad con lo dispuesto en el contrato, estará a cargo del contratista el pago de los aportes Sistema de Seguridad Social Integral y los intereses moratorios a que hubiere lugar; en estos eventos excepcionales, el contratista deberá acreditar al contratante el pago del período correspondiente.**  
**Cuando los pagos realizados por el contratista no correspondan a la totalidad del aporte obligatorio a/ sistema de Seguridad social Integral, el contratante informará a la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección social (UGPP) para lo de su competencia."**

Así las cosas, es preciso informar a los supervisores y contratistas del Canal, que deberán dar aplicación de forma obligatoria a los siguientes parámetros:

1. Para el cobro de los servicios prestados durante el último mes pactado contractualmente, se hará con la planilla de cotización del mes anterior.

En caso de contar con el pago de la planilla correspondiente al último periodo a cobrar, esta podrá ser allegada simultáneamente.

2. El aporte al sistema de seguridad social debe ser mínimo por el 40% del valor mensualizado del contrato.
3. La verificación de los aportes que realice el contratista al sistema de seguridad social sobre el valor del contrato, es una obligación que recae sobre la entidad, desde la supervisión hasta la causación del pago, para lo cual, a la terminación del mismo, es obligatorio que:
  - Hasta un mes después de la finalización del contrato, se recibirá copia de la planilla con el aporte a seguridad por los servicios prestados correspondiente al último mes; esta planilla deberá ser radicada por el contratista al supervisor designado, para que este la allegue a la Coordinación de Presupuesto y Contabilidad.
  - Si pasados los 30 días, la entidad no se recibe por parte del contratista la copia de la planilla del mencionada, se informará a la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección social (UGPP) para lo de su competencia.
  - Para asegurar el conocimiento de esta circular por parte del contratista, **deberá anexar una copia con la última cuenta de cobro, la cual deberá contar con firma de recibido y enterado de la misma, como se relaciona al final de la presente.**

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO  
DELGADO  
BAUTISTA

Firmado digitalmente por  
GUSTAVO ALBERTO  
DELGADO BAUTISTA  
Fecha: 2020.07.06 14:53:55  
-05'00'

**GUSTAVO ALBERTO DELGADO BAUTISTA**  
Coordinador de Presupuesto y Contabilidad



Firma  
\_ David Andres Coral  
Nombre(s) y apellidos  
17 de octubre de 2024

Proyectó: Mónica Sánchez - Contratista  
Revisó: Gustavo Delgado Bautista – Coordinador de Presupuesto y Contabilidad  
Maria Fernanda Carrillo Méndez. – Directora Jurídica y Administrativa

**Acepto que conozco los términos señalados en la presente circular:** (FECHA, NOMBRE COMPLETO Y FIRMA CONTRATISTA)