CUENTA DE COBRO PERSONA NATURAL

Documento de Cobro de Servicios prestados por personas naturales no comerciantes inscritas en el régimen simplificado (Art 3 decreto 522 de 2003) y Certificación de cumplimiento de requisitos de acuerdo con lo establecido en el parágrafo primero del Artículo 4 del Decreto 2271 de 2009, en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, en la Ley 828 de 2003 y ley 1819 de 2016.

Ciudad y Fecha BOGOTÁ, 31 DE DICIEMBRE DE 2024 **CUENTA DE COBRO NUMERO** **2**

Yo MELANYN ORIANA MOSQUERA LEYTON identificado como aparece al pie de mi firma, me permito manifestar bajo la gravedad del juramento que de conformidad con el art. 330 del Estatuto Tributario mis ingresos seencuentran clasificados acuerdo con la determinación celular informada a continuación:

SI [x] **NO** [ ] Pertenecen a rentas de trabajo

SI [ ] **NO** [x] he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a esta actividad

EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE LOS MARTIRES
NIT 899.999.061-9
Avenida Calle 19 No. 28 – 80 Piso 6

DEBE A:

MELANYN ORIANA MOSQUERA LEYTON C.C. 1.121.934.660

Por Concepto de: Prestar sus servicios profesionales para apoyar a los responsables e integrantes de los procesos del área de gestión del desarrollo, siguiendo los lineamientos metodológicos establecidos por el FDLM, en cumplimiento del plan de desarrollo local vigente.

Periodo comprendido entre: 01/12/2024 Y 31/12/2024

La suma de: **$ 5.500.000** (Cinco millones quinientos mil pesos)

Tipo de Contrato Prestación de servicios **FDLM-CPS-202-2024(115619)** Pago No 2 DE 5

Planilla Pago de seguridad Social No	9477900834	y	
Periodo cotizado	Noviembre	y	
Fecha de pago	10-12-2024	y	
Ingreso Base de Cotización	$1.760.000	y	
IBC SEGÚN VALOR COBRADO			**$1.760.000**

Favor Consignar en Banco: BANCOLOMBIA Cuenta AHORROS No 80235128661

Conozco la responsabilidad que implica jurar en falso de conformidad con el Código Penal y certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud y ARL, corresponde a los ingresos provenientes del contrato de prestación de servicios FDLM-CPS-P-202-2024(115619), celebrado con EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE LOS MÁRTIRES materia del pago sujeto a retención. De igual manera certifico que todo lo declarado anteriormente es verdadero y se puede comprobar en cualquier momento para lo cual otorgo las autorizaciones correspondientes.

FIRMA: MELANYN MOSQUERA

DIRECCION: AVENIDA CARACAS 1-05 TELEFONO: 3223742298

Correo electrónico contacto: melacandy.519@gmail.com

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 2 PERÍODO: 01 Diciembre AL 31 Diciembre DE 2024	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. CONTRATO Y FECHA	FDLM-CPS-P-202-2024 (115619) – 20 SEPTIEMBRE 2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MELANYN ORIANA MOSQUERA LEYTON
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	C.C. 1.121.934.660 DE VILLAVICENCIO
PLAZO DE EJECUCIÓN	04 MESES Y 15 DÍAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$24.750.000
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	$5.500.000
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)	O23011605570000002099
FECHA ACTA DE INICIO	07 NOVIEMBRE 2024
PRÓRROGA[1]	N/A
ADICIÓN	N/A
SUSPENSIÓN	N/A
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	21 MARZO 2025
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR A LOS RESPONSABLES E INTEGRANTES DE LOS PROCESOS DEL ÁREA DE GESTIÓN DEL DESARROLLO, SIGUIENDO LOS LINEAMIENTOS METODOLÓGICOS ESTABLECIDOS POR EL FDLM, EN CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE DESARROLLO LOCAL VIGENTE.

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
OBLIGACION 1 Coadyuvar y suministrar la información necesaria, a partir de consultas previas con los sectores y demás miembros, que intervienen en la formulación y ejecución de los contratos designados por el alcalde local, apoyando a su vez de todos los Comités, Consejos e instancias de participación que hagan parte de los sectores y/o poblaciones designadas por el Alcalde Local.	Apoyé en el análisis del sector de la subasta inversa de dotación de salones comunales.	1.Documento Análisis del Sector 2.Planilla de Asistencia	OBLIGACIÓN 1
OBLIGACION 2 Coadyuvar en la elaboración y presentación de los informes que requieran los entes de control, comunidad en general y demás autoridades en relación con los contratos designados.	No se realizaron actividades correspondientes a esta obligación durante el periodo.	No se realizaron actividades correspondientes a esta obligación durante el periodo.	No se realizaron actividades correspondientes a esta obligación durante el periodo.
OBLIGACION 3 Brindar información oportuna para apoyar el seguimiento y actualización de las bases de datos, matrices, documentos y tableros de control requeridos para la gestión técnica y administrativa de Planeación.	Ayudé a realizar el formato de Excel de evaluación de la licitación pública de Eventos Culturales y Deportivos.	1.Documento Excel Evaluación Preliminar 2. Planilla de Asistencia 3.Captura de Pantalla Evaluación Económica	OBLIGACIÓN 3
OBLIGACION 4 Coadyuvar en la aplicación de instrumentos, consolidación, análisis, actualizaciones de los diagnósticos sectoriales y/o poblacionales suministrados por las instituciones con presencia en lo local, cuando así se requiera.	No se realizaron actividades correspondientes a esta obligación durante el periodo.	No se realizaron actividades correspondientes a esta obligación durante el periodo.	No se realizaron actividades correspondientes a esta obligación durante el periodo.
OBLIGACION 5 Coadyuvar la formulación Pre contractual, contractual y pos contractual de los proyectos que se financien con recursos del Fondo de Desarrollo Local de los Mártires en cumplimiento del Plan De Desarrollo Local vigente.	Realicé aportes para la estructuración de la subasta inversa de dotación de salones comunales.	Documentos Anexo Técnico, Estudio Previo	OBLIGACIÓN 5
OBLIGACION 6 Coadyuvar la supervisión de contratos y/o convenios relacionados con los proyectos que se financien con recursos del Fondo de Desarrollo Local de los Mártires, designados por el (la) Alcalde (sa) Local, según lo establecido en el Manual de	No se realizaron actividades correspondientes a esta obligación durante el periodo.	No se realizaron actividades correspondientes a esta obligación durante el periodo.	No se realizaron actividades correspondientes a esta obligación durante el periodo.

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Supervisión e Interventoría de la Secretaría Distrital de Gobierno.			
OBLIGACION 7 Diligenciar la información en los aplicativos dispuestos para la formulación pre- contractual en los temas relacionados (SIPSE LOCALIDADES) y demás que se requieran por directriz superior.	No se realizaron actividades correspondientes a esta obligación durante el periodo.	No se realizaron actividades correspondientes a esta obligación durante el periodo.	No se realizaron actividades correspondientes a esta obligación durante el periodo.
OBLIGACION 8 Asistir a las reuniones a las que sea citado o designado, para la atención de los asuntos relacionados con el objeto contractual	1.Asistí al comité N.27 de contratación para la presentación de subasta inversa de salones comunales. 2. Asistiré a las reuniones que sean programadas para este mes.	Captura de Pantalla del comité de contratación No. 27	OBLIGACIÓN 8
OBLIGACION 9 Presentar informe mensual de las actividades realizadas, entregando el archivo de los documentos suscritos en cumplimiento del objeto y de las obligaciones pactadas	Realicé el informe mensual de actividades de acuerdo a las obligaciones asignadas.	Informe de Actividades	OBLIGACIÓN 9
OBLIGACION 10 Coadyuvar en la proyección de las respuestas a las observaciones presentadas a los procesos selectivos de contratación pública designados	Ayudé en la elaboración de respuestas a las observaciones planteadas por los proponentes de la subasta inversa de salones comunales.	Documento Respuestas al Proyecto	OBLIGACIÓN 10
OBLIGACION 11 Efectuar la verificación y evaluación a de las propuestas presentadas en los procesos de selección de contratista que adelante el Fondo de Desarrollo Local	Apoyaré en las evaluaciones de los proyectos que me sean asignados por el supervisor.		
OBLIGACION 12 Prestar apoyo, cuando se requiera, en la revisión técnica y/o jurídica de las liquidaciones de los contratos o convenios suscritos por la Entidad.	No se realizaron actividades correspondientes a esta obligación durante el periodo.	No se realizaron actividades correspondientes a esta obligación durante el periodo.	No se realizaron actividades correspondientes a esta obligación durante el periodo.
OBLIGACION 13 Acordar con el supervisor las demás actividades necesarias para garantizar el cumplimiento del objeto contractual.	Coordinaré con el supervisor las actividades para cumplir con el objeto contractual.		
INFORMACIÓN ADICIONAL			
APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL:	**NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE**	**NOMBRE DE LA EMPRESA EN**	**NOMBRE DE LA EMPRESA EN**

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
	SE APORTA PAGO DE SALUD	DONDE SE APORTA PAGO DE ARL	DONDE SE APORTA PENSIÓN
	SANITAS	POSITIVA	PORVENIR

FIRMAS	
DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.	**CONTRATISTA** **Firma:** MELANYN MOSQUERA **Nombre: MELANYN ORIANA MOSQUERA LEYTON** **Cédula: 1.121.934.660**
DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Una vez verificado los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista ha cumplido a la fecha con las obligaciones establecidas en el contrato.	**SUPERVISOR/INTERVENTOR** **Nombre:** JOHN JADER SUAREZ DELGADO **Cargo:** ALCALDE LOCAL **Firma:** **APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE)** **Nombre:** SERGIO RODRIGUEZ SOCARRAS **Cargo:** Apoyo a la Supervisión **Firma:**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121934660		MOSQUERA LEYTON MELANYN ORIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AV CARACAS 1 05	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6451003	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1115184400	9477900834	I	2024/12/13	2024/12/10	BANCOLOMBIA	0	$520,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1121934660	MOSQUERA MELANYN	230301	24	$1,760,000	$281,600	EPS005	24	$1,760,000	$220,000		0	$0	$0	14-23	24	$1,760,000	$18,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,760,000**	**$281,600**			**$1,760,000**	**$220,000**			**$0**	**$0**			**$1,760,000**	**$18,400**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$281,600	$0	$0	$281,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$281,600	$0	$0	$281,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,400	$0	$0	$18,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$18,400	$0	$0	$18,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$220,000	$0	$0	$220,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$220,000	$0	$0	$220,000
TOTAL				1	$520,000	$0	$0	$520,000

2024/12/18 12:09 PM

rfeo

AYUDA | INFO | CREDITOS | CONTRASEÑA | ESTADISTICAS | CERRAR

- Mis Consultas
- Solicitar Anulación

RADICACION

- Mis Oficios
- Mis Memorandos

CARPETAS

- Mis Entrada(0)
- Mis Oficios(0)
- Mis Memorandos(0)
- Mis Visto Bueno(0)
- Mis Devueltos(0)
- Mis Agendados (0)
- Mis Informados (0)
- Mis Personales (0)

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C. Secretaría Gobierno

LISTADO DE:	USUARIO:	DEPENDENCIA:
Entrada	MELANYN ORIANA MOSQUERA LEYTON	Area de Gestion de Desarrollo Local Martires

Radicados: Buscar

- Escriba los números de radicado que quiere buscar, separados por comas.

NO SE ENCUENTRAN RADICADOS CON LOS DATOS DE BUSQUEDA DIGITADOS.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE GOBIERNO

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO (Persona Natural)

Teniendo en cuenta el informe presentado por el contratista MELANYN ORIANA MOSQUERA LEYTON sobre las actividades desarrolladas para dar cumplimiento a los términos contratados y los resultados obtenidos, una vez realizada la revisión del informe, se autoriza el pago correspondiente al:

Periodo comprendido entre el 01 de Diciembre de 2024 y el 31 de Diciembre de 2024

Contrato:	No. FDLM-CPS-P-202-2024 (115619)
Tipo de Contrato:	Prestación de Servicios
Contratista:	Melanyn Oriana Mosquera Leyton
Cédula o NIT	No. 1.121.934.660
Objeto:	PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR A LOS RESPONSABLES E INTEGRANTES DE LOS PROCESOS DEL ÁREA DE GESTIÓN DEL DESARROLLO, SIGUIENDO LOS LINEAMIENTOS METODOLÓGICOS ESTABLECIDOS POR EL FDLM, EN CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE DESARROLLO LOCAL VIGENTE.
Plazo del contrato:	04 Meses y 15 Días
Fecha iniciación:	07 Noviembre 2024
Fecha de terminación:	21 Marzo 2025
Prórroga(s)	N/A
Valor inicial pactado:	$24.750.000
Valor adicional:	N/A
Valor a pagar:	$5.500.000 (No. de pago: 2)
Numero de PIN:	9477900834
Periodo cotizado.	Noviembre

Se verificó el cumplimiento del pago de los aportes parafiscales relativos a SENA, ICBF, Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda, y ARL (Administradora de riesgos laborales) y al Sistema de Seguridad Social Integral) por parte del contratista, de conformidad con el Parágrafo 1 del Art. 23 la Ley 1150 de 2007 y el Artículo 244 de la Ley 1955 de 2019.

En constancia se firma a los 31 días del mes de Diciembre de 2024.

Interventor o Supervisor,

JOHN JADER SUAREZ DELGADO
C.C. No. 11.605.534 de Melgar

Apoyo a la Supervisión,

SERGIO RODRIGUEZ SOCARRAS
C.C. No. 77.189.807 de Valledupar

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Número de Contrato FDLM-CPS-P-202-2024 (115619)

Yo, MELANYN ORIANA MOSQUERA LEYTON, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.121.934.660 expedida en la ciudad de Villavicencio (Meta).

INFORMACIÓN PERSONAL	SI	NO
Soy Pensionado		**X**
Devolución de saldos (No estoy obligado a cotizar pensión)		**X**
Soy Declarante de Renta año 2023	**X**	
He contratado o vinculado dos o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad generadora de renta.		**X**
Declaro que el 80% o más de mis ingresos provienen de la prestación de servicios de manera personal o de la realización de la actividad económica	**X**	

Así mismo, en cumplimiento del Decreto Nacional No. 1070 del 28 de Mayo de 2013, Artículo 2 *"Depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente"* y el Decreto Nacional No. 099 de enero 25 de 2013, mediante el cual se reglamentó lo ordenado en el artículo 383 del Estatuto Tributario, estableciendo que la tabla de retención establecida en la mencionada norma se podrá aplicar a toda persona natural, según lo estipulado en el artículo 329 del Estatuto Tributario, modificado por la Ley 1819 de 2016.

De acuerdo con lo anterior, CERTIFICO QUE: (Seleccione con X para cada concepto que le aplique y anexe el soporte según corresponda):

DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA	SI	NO
¿Soy responsable del Impuesto a las ventas – IVA? (Anexar RUT y certificación de autorización de numeración de facturación electrónica)		**X**
¿Hago aportes a cuenta AFC – Ahorro de Fomento a la Construcción-? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)		**X**
¿A la fecha hago aportes VOLUNTARIOS a pensión? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)		**X**
¿Aporto certificación de pago de intereses en préstamos de vivienda del año inmediatamente anterior? (Anexar certificación en la primera cuenta)		**X**

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA	SI	NO
¿Aporto certificación de pagos a medicina prepagada y/o planes adicionales de salud del año inmediatamente anterior o del período objeto de pago? (Anexar certificación en la primera cuenta)		**X**
¿Certifico que tengo dependientes de acuerdo con los requisitos exigidos en el parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario y lo reglamentado en el parágrafo 3 del artículo 2 del Decreto Nacional 099 de 2013, base retención (10%) de los ingresos brutos y hasta máximos de 32 UVT? (Anexar formato gco-gci-f137 y sus soportes)		**X**

Se expide y firma a los 31 días del mes de Diciembre del 2024.

Firma: MELANYN MOSQUERA

Nombre: MELANYN ORIANA MOSQUERA LEYTON

C.C: 1.121.934.660

Dirección de correspondencia: Avenida Caracas #1-05

Teléfono de contacto: 3223742298

Correo electrónico institucional: melanyn.mosquera@gobiernobogota.gov.co

Correo electrónico personal: melacandy.519@gmail.com