SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL ARAUCA

CENTRO DE GESTIÓN Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL DE ARAUCA-ARAUCA

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**81**
Código Centro	**953010**
Fecha Elaboración	**1 de Marzo de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**87285-945205**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	EDIXON VARGAS BENAVIDES	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.116.780.557	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	edvargasb@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	506000138988
IP/Nº de contacto:	3102602606	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2024**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7465198/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**12525**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar servicios personales de carácter temporal como instructores para ejercer en el programa de Articulación con la Media Técnica en el Centro de Gestión y Desarrollo Agroindustrial de Arauca durante la vigencia 2025, bajo de la modalidad de tiempo completo en el área de SISTEMAS AGROPACUARIOS ECOLÓGICOS

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**11/02/2025 Al 28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 45.337.504
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 45.337.504
Valor Bruto Pago:	**$ 3.200.294,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 42.137.210

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.200.294	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.200.294**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.849.965**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

		Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**AFILIACION**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.423.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 178.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 227.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 7.500	$ 0
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 320.029	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 32.784.341	$ 617.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.849.965,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.794.494,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8560 - TAME	19.561,00	0,700%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$3.180.733,00**	

SON: TRES MILLONES CIENTO OCHENTA MIL SETECIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Adelanta el proceso de inscripción y matricula de la ficha 3149843 sistemas agropecuarios ecológicos de la institución educativa, Ernesto Rincón Ducon. De igual forma se realizó el mismo proceso con la ficha 3149685 producción agropecuaria de la institución educativa Parmenio Bonilla Paredes. Y se adelantó proceso de inducción a las fichas en mención. De igual forma se impartió formación a las fichas 2913524, 3913726 y 32913735. Se elaboraron cuadros de mando y se participó de le inducción a instructores.

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí

EDIXON VARGAS BENAVIDES
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

JAIRO ANDRES BERMUDEZ JAUREGUI
INSTRUCTOR G09

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

EL ORDENADOR DEL PAGO
NESTOR EDUARDO FIGUEROA CARDONA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) EDIXON VARGAS BENAVIDES identificado(a) con CC 1116780557 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**26/03/2012**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**MEDYTEC SALUD IPS S.A.S. TAME**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 6 días del mes de febrero del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

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:

EDIXON VARGAS BENAVIDES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.116.780.557**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Febrero del 2025.

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.

Dra. Cyntia Julieth Cristiano
Medico Esp. Seguridad y Salud en el Trabajo
Lic. 81-169
Cel: 3005310297, Arauca (Arauca)

Medicina Preventiva y del trabajo

CERTIFICACION CUMPLIMIENTO CIRCULAR 01-3-2025-000017

SE CERTIFICA, QUE AL CONTRATISTA **EDIXON VARGAZ BENAVIDEZ,** IDENTIFICADO CON **CC: 1116780557,** SE LE REALIZO VALIDACION DE LA INFORMACION DEL CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL DE PREINGRESO, SOLICITADOS POR CONTRATACION PARA EL CARGO DE:

NO COPIAR

CIIU3	AREA DEL CONTRATISTA	LABOR	EXAMENES PREEMPLEO	ENFASIS	VACUNACIÓN OBLIGATORIA HEPATITIS B
1854201	Redes del conocimiento	Gestion de empresas agropecuarias	Visiometría Glicemia	Psicosocial - Musculoesquelético	NO

EN BASE A ESTO, SE INFORMA QUE CUMPLE CON LOS REQUISITOS SEGÚN LA CIRCULAR PARA EL CARGO Y NO REQUIERE INGRESO EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICOS DEL SENA.

SE EXPIDE EN ARAUCA, EL 16 DE FEBRERO DE 2025, A SOLICITUD DEL INTERESADO.



FIRMA DEL MEDICO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14943917197

(415)7707212489984(8020) 000001494391719 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 1 6 7 8 0 5 5 7	8	Impuestos y Aduanas de Arauca 3 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 1 6 7 8 0 5 5 7	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Arauca 8 1	Arauca 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VARGAS	BENAVIDES	EDIXON	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Arauca 8 1	Tame 7 9 4

41. Dirección principal
VDA BETOYES FCA VILLA NEY

42. Correo electrónico mvz.p12@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 2 6 0 2 6 0 6	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
0 0 1 0	2 0 2 0 0 8 2 4	8 5 6 0	2 0 2 3 0 9 0 4					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre VARGAS BENAVIDES EDIXON

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 01 de marzo de 2025

Señores

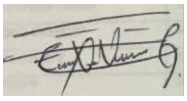
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad
Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**1029404608**	**LINNA VALERIA VARGAS VILLAMIZAR**	**HIJO**
	1115728516	**DANNA VALENTINA VARGAS VILLAMIZAR**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edadSolicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.
Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.
Cordialmente,



_____
FIRMA
Nombre: EDIXON VARGAS BEANVIDES
C.C.1.1116.780.557

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.029.404.608

Indicativo Serial 50101611

50101611

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A E H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE ARAUCA-H.S V. DE ARAUCA - COLOMBIA - ARAUCA - ARAUC

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VARGAS	VILLAMIZAR

Nombre(s)

LINNA VALERIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2013 Mes ABR Día 11	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA ARAUCA ARAUCA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	11327552-8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

VILLAMIZAR OCHOA DORIS NEIDA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.115.728.129	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

VARGAS BENAVIDES EDIXON

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.116.780.557	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VARGAS BENAVIDES EDIXON

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.116.780.557	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2013 Mes ABR Día 12	AGUSTIN PADILLA SEQUERA - REGISTR

Adhesivo Copia Registro Civil 20284037-1

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

EL PRESENTE DOCUMENTO ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE SE ENCUENTRA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA REGISTRADURIA. SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO SEGÚN ART. 115 DEL DECRETO LEY 1260 DE 1970. VALIDO SIN SELLO, DECRETO 2150 DE 1995
ARAUCA, 03 DE FEBRERO DE 2017

AGUSTIN PADILLA SEQUERA
Registrador Especial del Estado Civil

Escaneado con CamScanner

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1115728516

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 39652450

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código W 2 K

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE SARAVENA COLOMBIA ARAUCA SARAVENA**********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VARGAS**********	VILLAMIZAR**********

Nombre(s)

DANNA VALENTINA**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2007 Mes JUL Día 23	FEMENINO*********	********	*********

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA ARAUCA SARAVENA**********

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO**********	A 6275196**********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

VILLAMIZAR OCHOA DORIS NELDA**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
SIN INFORMACION**********	COLOMBIA**********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

VARGAS BENAVIDES EDIXON**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1116780557**********	COLOMBIA**********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VARGAS BENAVIDES EDIXON**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 1116780557**********	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	**********

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	**********

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2007 Mes AGO Día 06	EDGAR EDUARDO NIETO PEÑARANDA**** Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO—

ES FIEL COPIA TOMADO DE SU ORIGINAL
Sin Sello Decreto 2150 Art 11/1995
Saravena, Noviembre 26 /2012

EDGAR EDUARDO NIETO PEÑARANDA
Registrador Municipal

Escaneado con CamScanner