MINISTERIO DEL TRABAJO	PROCESO GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME PARA PAGO	Código: GC-I-02-F-01 Versión: 2.0 Fecha: Enero 30 de 2024 Página: 1 de 4

Espacio para Radicado.



N. DE CONTRATO: 437 de 2024

OBJETO: Aunar esfuerzos técnicos, administrativos y económicos con el ORMET Guaviare para fortalecer el desarrollo de investigaciones en Mercado del Trabajo con la implementación de las metodologías diseñadas por el Ministerio del Trabajo, en los territorios priorizados del departamento de Guaviare, en cumplimiento de los acuerdos de paz.

NOMBRE DEL CONTRATISTA: Cámara y Comercio de San José – ORMET Guaviare	
DIRECCIÓN: Carrera 22 # 11 - 66 Barrio La esperanza	**TELÉFONO: 3123500368**
CÉDULA Y/O NIT: 822003321-5	**CORREOELECTRÓNICO: formacion@camarasanjose.org.co**
NOMBRE (S) DEL SUPERVISOR (ES) / INTERVENTORES (ES): ÁLVARO HERNANDO AROCA COLLAZOS	
DEPENDENCIA SUPERVISOR: SUBDIRECCIÓN DE ANÁLISIS, MONITOREO Y PROSPECTIVA LABORAL	**No. EXTENSIÓN O TELÉFONO: 11238**
FECHA DE INICIO SECOP: 26 de agosto de 2024	**FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL:** 25 de diciembre del 2024 **FECHA DE TERMINACIÓN FINAL:** 25 de diciembre del 2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO: Valor total de $40.455.348, discriminados así: aportes del Ministerio del trabajo por un valor de $ 28.318.744; y contrapartida por la Cámara de Comercio de San José operador del ORMET de Guaviare por un valor de $12.136.604.	**VALOR ADICIONADO AL CONTRATO: 0**	**VALOR TOTAL DEL CONTRATO:** $40.455.348
SUSPENSIÓN (Fecha de inicio y terminación):	**CESIÓN (Nombre cesionario y fecha de cesión):**	**TERMINACIÓN ANTICIPADA (Fecha a partir de):**

VALOR HONORARIOS PRIMER DESEMBOLSO:

ASPECTO ECONÓMICOS

PERIODO DE PAGO: Primer pago desembolso No.1	**NÚMERO DE PAGO: Desembolso No. 1**

CONCEPTO	VALOR POR COBRAR EN EL PERIODO

1. HONORARIOS, SERVICIOS O COMPRAS (incluido impuestos)	**$ 11.327.498**
2. DESPLAZAMIENTO (ÚNICAMENTE PARA CONTRATOS FINANCIADOS CON CARGO AL FONDO DE RIESGOS LABORALES)	
TOTAL, A COBRAR EN EL PERIODO DE PAGO	**$ 11.327.498**

CUMPLIMIENTO PAGO APORTES SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	VALOR	PERIODO COTIZADO	N. DE PLANILLA
	Se adjunta certificación de Seguridad Social	**Se adjunta certificación de Seguridad Social**	**Se adjunta certificación de Seguridad Social**

EVALUACIÓN DEL CONTRATISTA

Evalúe al contratista teniendo en cuenta las siguientes opciones:

3. Siempre 2. Casi siempre 1. Nunca

Lea los criterios que se presentan a continuación y con base a la gestión desarrollada por el contratista/ proveedor, incluya la calificación que sea pertinente.

N.	Categoría	Criterios de Evaluación.	Calificación
1	Cumplimiento	Presenta sus cuentas de cobro de acuerdo con la periodicidad establecida en el contrato.	**3**
2	Responsabilidad	Presenta los informes y/o soportes que le son requeridos por el supervisor.	**3**
3	Oportunidad	Atiende oportunamente los requerimientos hechos por el supervisor, en relación con el objeto y a las obligaciones específicas de su contrato.	**3**
4	Calidad	Desarrolla las obligaciones específicas bajo la calidad o condiciones técnicas requeridas.	**3**

CONTRATOS MINTRABAJO

N° REGISTRO PRESUPUESTAL	RUBRO PRESUPUESTAL	USO PRESUPUESTAL	VALOR
292524	C-3602-1300-20-20306A-3602012-02	A-02-02-02-008-003-07	**$ 11.327.498**
TOTAL (VALOR DEBE SER IGUAL A LO COBRADO)			**$ 11.327.498**

FONDO DE RIESGOS LABORALES ÚNICAMENTE PARA CONTRATOS FINANCIADOS CON CARGO AL FONDO DE RIESGOS LABORALES

N° REGISTRO PRESUPUESTAL	OBJETO (A, B, C…)	SUB-RUBRO PRESUPUESTAL	VALOR
			$
		TOTAL	**$**

CONTRATOS BID ÚNICAMENTE PARA CONTRATOS FINANCIADOS CON CARGO AL BID

N° REGISTRO PRESUPUESTAL	RUBROS PRESUPUESTALES	USO PRESUPUESTAL	RECURSO 14	RECURSO 15	
			PRÉSTAMO 4934 (620)	CONVENIO 4935/GR.CO (120)	CONVENIO GTR/CF 17823.CO (220)
			$	$	$
			$	$	$
TOTAL (VALOR DEBE SER IGUAL A LO COBRADO)			**$**	**$**	**$**

OBSERVACIONES

CONCEPTO SUPERVISOR (ES) Y/O INTERVENTOR (ES)
(Aplica solo para pago final)

El Supervisor hace constar que el contratista CUMPLE (____) NO CUMPLE (____) con el objeto del contrato y demás obligaciones contractuales, como se evidencia en los informes.

Lo anterior, sin perjuicio de las acciones administrativas que el supervisor pueda iniciar en virtud de lo establecido en el artículo 86 de la Ley 1474 de 2011.

Por lo anterior se deja constancia que:

1. El valor total del contrato $_____
2. Se canceló la suma de $ _____ por concepto de honorarios, servicios o compras.
3. Se canceló la suma de $ _____ por desplazamiento (Únicamente para contratos financiados con cargo al Fondo de Riesgos Laborales).
4. Existe saldo a favor del contratista por la suma de $ _____
5. El valor de la cesión es de $_____
6. El Ministerio liberó la suma de $_____ por honorarios, servicios o compras.
7. El Ministerio debe liberar la suma de $_____ por honorarios, servicios o compras.
8. El Ministerio debe liberar la suma de $_____ por desplazamiento (Únicamente para contratos financiados con cargo al Fondo de Riesgos Laborales).

FIRMA RESPONSABLE(S):



Firma Supervisor (es) / Interventor (es)

ÁLVARO HERNANDO AROCA COLLAZOS

Nombre Supervisor (es) / Interventor (es)

Nota: con la firma de este documento se está certificando el cumplimiento de los requisitos para el trámite de pago