MINISTERIO DEL TRABAJO	PROCESO GESTIÓN FINANCIERA FORMATO ÚNICO PARA TRÁMITE DE PAGO	Código: GF-I-01-F-01 Versión: 2.0 Fecha: abril 15 de 2026 Página: 1 de 4

Espacio para el Radicado del Gestor Documental (1):

08SI2026701800100000470

N°. DE CONTRATO O DE ORDEN DE COMPRA (2): Contrato de Dotación N°001 de 2025

OBJETO (3):
ADQUISICION DE DOTACION DE VESTUARIO Y CALZADO DE LABOR PARA LOS FUNCIONARIOS DEL MINISTERIO DEL TRABAJO DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL CAQUETÁ EN EL MUNICIPIO DE FLORENCIA CAQUETÁ

NOMBRE DEL CONTRATISTA (4): JORGE ARLEY RAMIREZ CARDENAS

No. DE CÉDULA O NIT (5): 70697400	**CORREO ELECTRÓNICO DEL CONTRATISTA (6):** megamodatiendaderopa@gmail.com

NOMBRE (S) DEL SUPERVISOR (ES) / INTERVENTOR (ES) (7): YEISON MENA MORENO.

DEPENDENCIA DEL SUPERVISOR / INTERVENTOR (8): Profesional Especializado – DIRECCIÓN TERITORIAL CAQUETÁ.	**CORREO ELECTRÓNICO DEL SUPERVISOR / INTERVENTOR (9): ymena@mintrabajo.gov.co**
FECHA DE INICIO SECOP (10): 01 de Abril de 2025	**FECHA DE TERMINACIÓN SECOP (11):** 31 de diciembre del 2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO (12): 4.851.000	**VALOR ADICIONADO AL CONTRATO (13):** N/A	**VALOR TOTAL DEL CONTRATO (14):** 4.851.000
SUSPENSIÓN (Fecha de inicio y terminación) (15): N/A	**CESIÓN (Nombre cesionario y fecha de cesión) (16):** N/A	**TERMINACIÓN ANTICIPADA (Fecha a partir de) (17):** N/A

VALOR HONORARIOS MENSUAL (18): $**1.616.838** segunda entrega **y $1.617.323** tercera entre
Pago total: 3.234.161,70

ASPECTO ECONÓMICOS

PERIODO DE PAGO (19): DOTACION MAYO A DICEMBRE (ENTREGAS DOS Y TRES)	**NÚMERO DE PAGO (20):** 02 Y 03

CONCEPTO	VALOR POR COBRAR EN EL PERIODO
TOTAL A COBRAR EN EL PERIODO DE PAGO (21)	**$** 3.234.161,70

CUMPLIMIENTO PAGO APORTES SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	VALOR (22)	PERIODO COTIZADO (23)	No. DE PLANILLA (24)
	$431.600	2025-12	35799415

CONTRATOS MINTRABAJO

N° REGISTRO PRESUPUESTAL (25)	RUBRO PRESUPUESTAL (26)	USO PRESUPUESTAL (27)	VALOR (28)
126 del 13 de mayo del 2026	A-02-02-01-002-008	A-02-02-01-002-008	$3.234.161,70
			$
TOTAL (VALOR DEBE SER IGUAL A LO COBRADO) (29)			$3.234.161,70

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

N° REGISTRO PRESUPUESTAL (30)	OBJETO (A, B, C…) (31)	SUB-RUBRO PRESUPUESTAL (32)	VALOR (33)
			$
			$
		TOTAL (34)	$

CONTRATOS BID (ÚNICAMENTE PARA CONTRATOS FINANCIADOS CON CARGO AL BID)

N° REGISTRO PRESUPUESTAL (35)	RUBROS PRESUPUESTALES (36)	USO PRESUPUESTAL (37)	RECURSO 14	RECURSO 15	
			PRÉSTAMO 4934 (620) (38)	CONVENIO 4935/GR.CO (120) (39)	CONVENIO GTR/CF 17823.CO (220) (40)
			$	$	$
			$	$	$
TOTAL (VALOR DEBE SER IGUAL A LO COBRADO) (41)			$	$	$

OBSERVACIONES PARA EL TRÁMITE DE PAGO (42)

EVALUACIÓN DEL CONTRATISTA

Evalúe al contratista teniendo en cuenta las siguientes opciones:

Cumplimiento Total (3) Cumplimiento Parcial (2) Incumplimiento (1)

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 Numérica (43)
1	Cumplimiento de Obligaciones	Ejecuta las obligaciones contractuales (generales y específicas) programadas para el periodo reportado.	**3**
2	Responsabilidad y Soporte	Presenta los informes, productos y evidencias técnicas que acreditan el desarrollo de sus actividades de manera completa.	**3**
3	Oportunidad	Atiende los requerimientos del supervisor y entrega los productos pactados dentro de los plazos establecidos.	**3**
4	Calidad Técnica	Desarrolla sus actividades bajo los estándares de calidad, idoneidad y condiciones técnicas exigidas en el contrato.	**3**

CONCEPTO SUPERVISOR (ES) O INTERVENTOR (ES) (44)

El (Los) Supervisor(es) / Interventor(es) hace(n) constar que el contratista CUMPLIÓ (__X__) NO CUMPLIÓ (____) con el objeto del contrato y demás obligaciones contractuales, como se evidencia en los formatos " FORMATO ÚNICO PARA TRÁMITE DE PAGO" aportados durante su ejecución.

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 corresponde a la suma de $_4.851.000
2. Se canceló la suma de $ 1.616.838 por concepto de honorarios, servicios o compras.
3. Se canceló la suma de $ _____0_____ por desplazamiento (Únicamente para contratos financiados con cargo al Fondo de Riesgos Laborales).
4. Existen cuentas radicadas pendientes de pago por la suma de $ 3.234.161,70
5. Existe saldo a favor del contratista por la suma de $ 3.234.161,70
6. El valor de la cesión es de $_____0_____
7. El Ministerio liberó la suma de $3.234.161,70 por honorarios, servicios o compras.
8. El Ministerio debe liberar la suma de $_____0_____ por honorarios, servicios o compras.
9. El Ministerio debe liberar la suma de $_____0_____ por desplazamiento (Únicamente para contratos financiados con cargo al Fondo de Riesgos Laborales).

CERTIFICACIÓN DE SOPORTES Y PUBLICIDAD

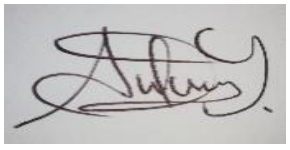
Con la suscripción de este formato, el supervisor y el contratista certifican que el detalle de las actividades y productos que soportan este pago se encuentran debidamente revisados y cargados en la plataforma **SECOP II**.

Para contratos con cargo al **Fondo de Riesgos Laborales**, la firma de este documento constituye la declaración de cierre de gastos de desplazamiento; el contratista y el supervisor confirman que se han tramitado previamente la totalidad de los viáticos y pasajes, **por lo cual no se admitirán radicaciones, cobros ni reclamaciones posteriores por este concepto, entendiéndose estos como desistidos o ya tramitados para efectos del pago final**.

La exactitud de la información financiera sobre saldos y liberaciones aquí consignada es **responsabilidad exclusiva del supervisor**, la cual sirve de base única e inmodificable para el trámite de pago y cierre ante las instancias correspondientes.

El supervisor declara que el contratista se encuentra al día en los pagos de aportes del sistema integrado de seguridad social.

FIRMAS RESPONSABLES:

 **FIRMA DEL SUPERVISOR (ES) / INTERVENTOR (ES) (45):**	 **FIRMA DEL CONTRATISTA (47):**
YEISON MENA MORENO **NOMBRE DEL SUPERVISOR (ES) / INTERVENTOR (ES) (46):**	JORGE ARLEY RAMIREZ CARDENAS – MEGA MODAS **NOMBRE DEL CONTRATISTA (48):**

Si tiene alguna duda consulte el INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO FORMATO "FORMATO ÚNICO PARA TRÁMITE DE PAGO" (Código: GF-I-01).

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	JORGE ARLEY RAMIREZ CARDENAS
IDENTIFICACIÓN:	CC-70697400
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-12-30
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-01-05
FECHA DE PAGO:	2025-12-30
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2025-12
PERÍODO SALUD:	2025-12
NÚMERO PLANILLA:	35799415
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	35799415
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 1.514.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 189.300	$ 189.300
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.514.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 242.300	$ 242.300
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 431.600	$ 431.600

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	03/02/2026

ASOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

Razón Social: JORGE ARLEY RAMIREZ CARDENAS
Identificación CC - 70697400
Sucursal 0
Período Pensión 2025-12
Período Salud 2025-12
Fecha Pago Planilla 2025-12-30

Tipo Identificación	CC
Numero Identificación	70697400
Nombre	JORGE ARLEY RAMIREZ CARDENAS
EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
AFP	PORVENIR
Caja de compensación	Sin CCF
ARL	SINARL
Número Planilla	35799415
Referencia de Pago(PIN)	
Tipo Planilla	I
Periodo Pensión	2025-12
Periodo Salud	2025-12
Tipo Cotizante	Independiente
Subtipo de Cotizante	No aplica

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1.514.000	0,1250000	$ 189.300	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1.514.000	0,1600000	$ 242.300	$ 0	$ 0	$ 242.300	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
0	0	0,0000000	$ 0	0

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
0	0	0,0000000	$ 0	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0