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 5

Espacio para el Radicado del Gestor Documental (1):



N°. DE CONTRATO O DE ORDEN DE COMPRA (2): 122 de 2026

OBJETO (3):
478 - Prestar servicios profesionales a la Oficina de Cooperación y Relaciones Internacionales, con el fin de gestionar el seguimiento y evaluación de acuerdos, convenios y tratados internacionales en materia laboral y pensional, así como el desarrollo de herramientas técnicas de monitoreo de resultados asociados a la agenda internacional del sector trabajo.

NOMBRE DEL CONTRATISTA (4):
SUSANA PATRICIA LÓPEZ MOLINA.

No. DE CÉDULA O NIT (5): 1140830430	**CORREO ELECTRÓNICO DEL CONTRATISTA (6): slopezm@mintrabajo.gov.co**
NOMBRE (S) DEL SUPERVISOR (ES) / INTERVENTOR (ES) (7): Amanda Patricia Enrriquez Guerrero	
DEPENDENCIA DEL SUPERVISOR / INTERVENTOR (8): Oficina de Cooperación y Relaciones Internacionales.	**CORREO ELECTRÓNICO DEL SUPERVISOR / INTERVENTOR (9): aenrriquez@mintrabajo.gov**
FECHA DE INICIA SECOP (10): 19-01-2026	**FECHA DE TERMINACIÓN SECOP (11): 31-12-2026**

VALOR INICIAL DEL CONTRATO (12): 57.680.000	**VALOR ADICIONADO AL CONTRATO (13):** 24.514.000	**VALOR TOTAL DEL CONTRATO (14): 82.194.000**
SUSPENSIÓN (Fecha de inicio y terminación) (15):	**CESIÓN (Nombre cesionario y fecha de cesión) (16):**	**TERMINACIÓN ANTICIPADA (Fecha a partir de) (17):**

VALOR HONORARIOS MENSUAL (18):
$7'210.000

ASPECTO ECONÓMICOS

PERIODO DE PAGO (19):	NÚMERO DE PAGO (20):
1 de agosto a 31 de agosto de 2026	8

CONCEPTO	VALOR POR COBRAR EN EL PERIODO
TOTAL A COBRAR EN EL PERIODO DE PAGO (21)	$7.210.000

CUMPLIMIENTO PAGO APORTES SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	VALOR (22)	PERIODO COTIZADO (23)	No. DE PLANILLA (24)
	$2’150.300	Julio	1083145981

CONTRATOS MINTRABAJO

N° REGISTRO PRESUPUESTAL (25)	RUBRO PRESUPUESTAL (26)	USO PRESUPUESTAL (27)	VALOR (28)
16726	C-3604-1300-16-20306A-3604035-02	A-02-02-02-008-003-09	$7.210.000
			$
TOTAL (VALOR DEBE SER IGUAL A LO COBRADO) (29)			$ 7.210.000

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.	**3.0**
2	Responsabilidad y Soporte	Presenta los informes, productos y evidencias técnicas que acreditan el desarrollo de sus actividades de manera completa.	**3.0**
3	Oportunidad	Atiende los requerimientos del supervisor y entrega los productos pactados dentro de los plazos establecidos.	**3.0**
4	Calidad Técnica	Desarrolla sus actividades bajo los estándares de calidad, idoneidad y condiciones técnicas exigidas en el contrato.	**3.0**

CONCEPTO SUPERVISOR (ES) O INTERVENTOR (ES) (44)
(Aplica solo para pago final)

El (Los) Supervisor(es) / Interventor(es) hace(n) constar que el contratista CUMPLIÓ (____) 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 $_____
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. Existen cuentas radicadas pendientes de pago por la suma de $ _____
5. Existe saldo a favor del contratista por la suma de $ _____
6. El valor de la cesión es de $_____
7. El Ministerio liberó la suma de $_____ por honorarios, servicios o compras.
8. El Ministerio debe liberar la suma de $_____ por honorarios, servicios o compras.
9. El Ministerio debe liberar la suma de $_____ 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):**
Amanda Patricia Enrriquez Guerrero **NOMBRE DEL SUPERVISOR (ES) / INTERVENTOR (ES) (46):**	**Susana Patricia Lopez Molina** **NOMBRE DEL CONTRATISTA (48):**

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