

|                                                                                   |                                  |  |                      |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--|----------------------|------------|
|  | GESTIÓN FINANCIERA               |  | CÓDIGO:              | GF-FR-001  |
|                                                                                   |                                  |  | VERSIÓN:             | 4          |
|                                                                                   | FORMATO UNICO DE TRAMITE DE PAGO |  | FECHA DE APROBACIÓN: | 16/03/2026 |

|                                  |                    |           |                  |                         |
|----------------------------------|--------------------|-----------|------------------|-------------------------|
| No. CONTRATO Y FECHA SUSCRIPCIÓN | 0754 de 14/01/2026 |           | TIPO DE CONTRATO | PRESTACION DE SERVICIOS |
| PERIODO CERTIFICADO              | DESDE              | 1/06/2026 | HASTA            | 30/06/2026              |

| I. DATOS DEL CONTRATO                  |                                                                                                                                                                            |                                                |                        |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------|
| Unidad ejecutora                       | SECRETARIA DE GOBIERNO                                                                                                                                                     |                                                |                        |
| Nombre Contratista                     | WENDY LORENA ROA AMADO                                                                                                                                                     |                                                |                        |
| No. Identificación (CC – NIT)          | 1023925917                                                                                                                                                                 |                                                |                        |
| Objeto Contratual                      | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR APOYO Y ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL A LAS PERSONAS VULNERABLES DE VIOLENCIA E INTOLERANCIA EN LA CIUDAD DE SOACHA-SGB127 |                                                |                        |
| Valor total del Contrato*              | \$ 30.900.000                                                                                                                                                              |                                                | Reserva presupuestal   |
| Plazo total Contrato**                 | PLAZO: SEIS (6) MESES SIN QUE SUPERE EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2026                                                                                                           |                                                | No                     |
| Acta de pago Número                    | 6                                                                                                                                                                          |                                                | Vo.Ba Dir. Presupuesto |
| Valor del pago en numeros              | \$ 5.150.000                                                                                                                                                               |                                                |                        |
| Valor del pago en letras               | CINCO MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL PESOS M/CIL                                                                                                                            |                                                |                        |
| No. CRP y fecha de expedición          | 1032 de 14/01/2026                                                                                                                                                         | 3719 de 08/05/2026                             |                        |
| No. Del rubro de CRP                   | 0105.2.3.45.01.050.09.2.3.2.02.02.009.91119.55                                                                                                                             | 0105.2.3.45.01.050.09.2.3.2.02.02.009.91119.55 |                        |
| Fecha aprobación garantía (Si aplica)  |                                                                                                                                                                            |                                                |                        |
| Fecha de Inicio contrato:              | {15/01/2026}                                                                                                                                                               | Fecha de Terminación contrato:                 | {14/07/2026}           |
| Dependencia:                           | DESPACHO                                                                                                                                                                   |                                                |                        |
| Supervisor – Cargo:                    | CARLOS HUMBERTO ROJAS PABON - SECRETARIO DE GOBIERNO                                                                                                                       |                                                |                        |
| Nombre de entidad financiera para pago | BANCOLOMBIA                                                                                                                                                                | Actividad economica CIU                        | 8299                   |
| Numero de cuenta                       | 65206929493                                                                                                                                                                | Regimen en ventas                              | NO Responsable de IVA  |
| Tipo de cuenta                         | AHORROS                                                                                                                                                                    | No. Factura                                    |                        |

\*Debe incluir el valor de las adiciones, si aplica

\*\*Debe tener en cuenta las prórrogas, si aplica.

| II. CUMPLIMIENTO SEGÚN CONTRATO.                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBLIGACIONES CONTRACTUALES                                                                                                                                                                                           | ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO<br>(Descripción cuantitativa y cualitativa de las actividades desarrolladas para cumplir la obligación contractual)                                                                                                                                                                                                                                                            | EVIDENCIA VERIFICABLE<br>(Referir la ubicación de los soportes sin acompañarlos físicamente, los cuales integran el archivo del área correspondiente)                   |
| 1. Brindar primeros auxilios psicológicos a la población intervenida y/o tratada en la estrategia multidisciplinaria                                                                                                 | Se realizó acompañamiento psicosocial a los siguientes casos asignados 057, 061, 065, 071, 072, 075, 079, 082                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <a href="https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1aU4thv9CG_Q_MQMoXtN4YhezKThmG">https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1aU4thv9CG_Q_MQMoXtN4YhezKThmG</a>       |
| 2.Cumplir con los espacios de acompañamiento Psicosocial a los beneficiarios de la estrategia de acompañamiento interdisciplinario con la realización de las vistas conciliatorias, intervención y atención directa. | Se realizó acompañamiento psicosocial a los siguientes casos asignados 057, 061, 065, 071, 072, 075, 079, 082                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <a href="https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1uQ9KHb3ac4wBzLrv5d4w5cK4G6ZuK">https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1uQ9KHb3ac4wBzLrv5d4w5cK4G6ZuK</a>       |
| 3. Participar en campañas colectivas y programas asignados a su estrategia para la prevención de conductas que generen inseguridad, alteren el orden público y la convivencia ciudadana                              | Se implementaron los formatos establecidos para llevar a cabo los informes de las acciones comunitarias de:<br>ENCUENTRO FORMATIVO SOACHA-UNAS POR LA CONVIVENCIA – MÓDULO 1, comuna 1<br>ENCUENTRO FORMATIVO SOACHA-UNAS POR LA CONVIVENCIA – MÓDULO 1, comuna 3<br>ENCUENTRO FORMATIVO SOACHA-UNAS POR LA CONVIVENCIA – MÓDULO 1, comuna 6<br><br>Se realizó Acompañamiento al ENCUENTRO PADRES ALO BIEN comuna 1 | <a href="https://drive.google.com/drive/u/0/folders/18fbPAXq8unUjvVF4nM_H3mr7H58C8C">https://drive.google.com/drive/u/0/folders/18fbPAXq8unUjvVF4nM_H3mr7H58C8C</a>     |
| 4 Realizar acompañamiento familiar para la mitigación de violencia y fenómenos sociales contrarios a la convivencia                                                                                                  | se realizó gestión telefónica ha casos enviados para iniciar acompañamiento interdisciplinario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <a href="https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1WTYQ1A-GAbFMK-GwIAuLX6Su7uqgmtr">https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1WTYQ1A-GAbFMK-GwIAuLX6Su7uqgmtr</a>   |
| 5.Articular, mediante canalizaciones intersectoriales con los actores claves a la respuesta de la violencia y fenómenos sociales contrarios a la convivencia                                                         | *Se realizó socialización oferta institucional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <a href="https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1QXVae99Dec0C9NvM1fyqrRSLu5K5D7xG">https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1QXVae99Dec0C9NvM1fyqrRSLu5K5D7xG</a> |
| 6. Entregar en los tiempos establecidos los informes solicitados en los formatos correspondientes                                                                                                                    | Se realizó acompañamiento psicosocial a los siguientes casos asignados 057, 061, 065, 071, 072, 075, 079, 082                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <a href="https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1z14Rj42LcG8BTEQ7YIpcuH0ebPdYc">https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1z14Rj42LcG8BTEQ7YIpcuH0ebPdYc</a>       |
| 7. Apoyar a las diferentes actividades administrativas y operativas que requiere la Dirección de seguridad y Convivencia Ciudadana                                                                                   | Se asiste actividad programada por la dirección de Seguridad y Convivencia caravanas por la vida                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <a href="https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1gXVqgm2gImUVZC_Wp3K5rK5YvaV2K">https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1gXVqgm2gImUVZC_Wp3K5rK5YvaV2K</a>       |

OK 4/7/26

|                                                                                   |                                  |                      |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------|------------|
|  | GESTIÓN FINANCIERA               | CÓDIGO:              | GF-FR-001  |
|                                                                                   |                                  | VERSIÓN:             | 4          |
|                                                                                   | FORMATO UNICO DE TRAMITE DE PAGO | FECHA DE APROBACIÓN: | 16/03/2026 |

|                                  |                    |           |                  |                         |
|----------------------------------|--------------------|-----------|------------------|-------------------------|
| No. CONTRATO Y FECHA SUSCRIPCIÓN | 0754 de 14/01/2026 |           | TIPO DE CONTRATO | PRESTACION DE SERVICIOS |
| PERIODO CERTIFICADO              | DESDE              | 1/06/2026 | HASTA            | 30/06/2026              |

III. APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

|                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| Periodo de pago | JUNIO           |
| No. Planilla    | 1082158797      |
| ITEM            | ENTIDAD         |
| SALUD           | SALUD TOTAL     |
| PENSIÓN         | PORVENIR        |
| ARL             | VIDA AURORA S.A |

|                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| ¿LE HAN RECONOCIDO PENSION?                                              | No |
| Entidad que lo reconoció:                                                |    |
| ¿LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL REALIZA SUS APORTES DE ARL (Riesgo IV y V)? | No |
| No. De Planilla                                                          |    |

IV. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO

| INFORMACIÓN FINANCIERA      |               |
|-----------------------------|---------------|
| VALOR INICIAL               | \$ 20.600.000 |
| VALOR ADICIONES             | \$ 10.300.000 |
| VALOR INICIAL MAS ADICIONES | \$ 30.900.000 |
| VALOR TOTAL EJECUTADO       | \$ 28.496.666 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN     | 92%           |
| SALDO POR EJECUTAR          | \$ 2.403.334  |

| PAGO ANTICIPADO |   |
|-----------------|---|
| ANTICIPO 1      |   |
| ANTICIPO 2      |   |
| TOTAL ANTICIPOS | 0 |
| AMORTIZACIONES  |   |
| POR AMORTIZAR   | 0 |

V. DECLARACIÓN ESPECIAL

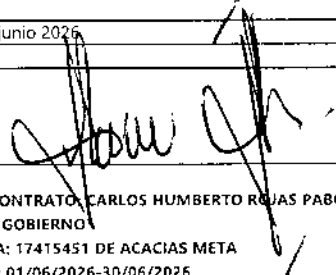
El contratista declara que toda la información relacionada en el presente informe, corresponde fidedignamente a todas las actividades ejecutadas dentro del respectivo periodo, así como la información de las Entidades a las que aporta al Sistema General de Seguridad Social Integral – SGSSI.

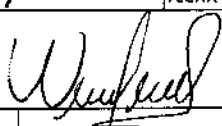
La supervisión del contrato verificó el cumplimiento por parte del contratista con respecto a los aportes al sistema de seguridad social en salud, pensión y riesgos labores, de conformidad con la normatividad vigente, así como cumplimiento de las actividades a cargo del contratista y toda la información registrada en el presente documento, también certifica que todos los documentos de la ejecución contractual expedidos a la fecha están publicados en el SECOP II.

En caso de que el supervisor del contrato se ausente de manera temporal y sea designado un supervisor suplente, en las firmas de supervisión se deberá especificar de manera clara el nombre del supervisor encargado, cargo, documento de identidad y el periodo exacto durante el cual ejerció dicha función, indicando las fechas de inicio y finalización del encargo.

La supervisión autoriza el trámite de pago de la presente acta a la Secretaría de Hacienda Municipal.

Fecha de elaboración: junio 2026

|                                                                                                                                                                                           |                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                        |                                                                                         |
| NOMBRE SUPERVISOR CONTRATO: CARLOS HUMBERTO ROJAS PABON<br>CARGO: SECRETARIO DE GOBIERNO<br>CEDULA DE CIUDADANIA: 17415451 DE ACACIAS META<br>FECHA DE SUPERVISIÓN: 01/06/2026-30/06/2026 | NOMBRE SUPERVISOR SUPLENTE:<br>CARGO:<br>CEDULA DE CIUDADANIA:<br>FECHA DE SUPERVISIÓN: |

|                                                                                    |                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE CONTRATISTA:<br>CARGO O PERFIL:<br>CÉDULA DE CIUDADANÍA<br>No. DE CONTACTO: |  |
|                                                                                    | WENDY LORENA ROA AMADO                                                              |
|                                                                                    | PROFESIONAL 2                                                                       |
|                                                                                    | 1023925917<br>3016862933                                                            |

|                           |  |
|---------------------------|--|
| REVISÓ CENTRAL DE CUENTAS |  |
|---------------------------|--|