1. DATOS DEL CONTRATO	
Nombre Contratista:	Yénifer Carolina Otálora Flórez
No de Identificación:	1.022.352.214
Objeto Contrato:	Prestar por sus propios medios con plena autonomía técnica, administra va y financiera, los servicios profesionales para apoyar a la ANIM en las actividades adoptadas por el Sistema Integrado de Gestión en el proceso de Control y Evaluación, en cumplimiento de lo establecido en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión y la normatividad aplicable en materia de control interno.
Forma de Pago:	El valor del contrato se pagará de la siguiente manera: La presente contratación se pagará mes vencido por la suma de CINCO MILLNES NOVECIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE ($5.953.500) incluido IVA (si aplica) y demás impuestos, gravámenes y contribuciones que de ley se genere, previo cumplimiento de requisitos legales y administra vos, de la siguiente manera: a) Un (1) primer pago se cancelará en proporción a los días ejecutados en el mes en que se inicie la ejecución del contrato, previa presentación del informe de actividades, del respectivo periodo, aprobado por la supervisión. b) Los siguientes pagos se realizarán mes calendario vencido previa presentación del informe de actividades, del respectivo periodo, aprobado por la supervisión. c) El último pago se cancelará en proporción a los días ejecutados en el mes que finalice la ejecución del contrato, previa presentación del informe de actividades del respectivo periodo, aprobado por la supervisión. (Cuando aplique) PARÁGRAFO PRIMERO. Los pagos se realizarán dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la radicación de los requisitos para pago: 1) Presentación del formato de informe de actividades; 2) Presentación del documento de cobro o factura; 3) Planilla de pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral – Cotizante Independiente. PARÁGRAFO SEGUNDO. Si no se acompañan los documentos requeridos para el pago o se presentan de manera incorrecta, el término para éste sólo empezará a contarse desde la fecha en que se aporte el último de los documentos en debida forma. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán responsabilidad del CONTRATISTA y no tendrán por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza. PARÁGRAFO TERCERO. ABONO EN CUENTA: El (los) pago(s) se efectuará(n) mediante consignación en la cuenta que EL CONTRATISTA haya acreditado como propia. El (los) pago(s) previsto(s) en esta cláusula se acreditarán en la cuenta inicialmente acreditada por EL CONTRATISTA, En todo caso, éste podrá solicitar cambio de cuenta bancaria en cualquier momento durante la vigencia del contrato mediante la presentación, ante el responsable de presupuesto, de la certificación bancaria con fecha de expedición no mayor a treinta (30) días hábiles. El plazo de pago de diez (10) días hábiles, empezará a contar una vez la nueva cuenta quede en estado ACTIVA en el Sistema Integrado de Información Financiera – SIIF.

Si usted copia o imprime este documento, la Agencia lo considerará como copia no controlada y no se hace responsable por su consulta o uso.
Si desea consultar la versión vigente o controlada, consulte siempre la carpeta compartida.

	PARÁGRAFO CUARTO. REAJUSTE AL PESO: EL CONTRATISTA con la suscripción del contrato, acepta que en el evento que el valor total a pagar tenga centavos, estos se ajusten o aproximen al peso, ya sea por exceso o por defecto, si la suma es mayor o menor a 50 centavos. Lo anterior, sin que sobrepase el valor total establecido en el contrato. PARÁGRAFO QUINTO: El pago está sujeto a la disponibilidad del PAC (Programa Anual de Caja), asignado a la Unidad por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. PARÁGRAFO SEXTO: El úlmtio pago está sujeto a la presentación por parte del CONTRATISTA del acta de cierre suscrita por la supervisión, así como del diligenciamiento y firma por parte del CONTRATISTA del formato determinado por la ANIM para la devolución de bienes y otros elementos, suministrados por la ANIM para la ejecución de las actividades. PARÁGRAFO SÉPTIMO: Para la fijación de los honorarios del presente contrato se dará aplicación al numeral 3.4 del artículo 4 de la Resolución No. 93 de 2025, en atención a que las actividades y productos mayoritarios del mismo corresponden a actividades o productos específicos, tales como capacitaciones, servicios de entrenamiento, actividades de bienestar o similares.		
Plazo:	El plazo de ejecución del contrato será hasta 31 de agosto de 2026, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.		
Modificaciones:	N/A		
Fecha de Inicio:	05/01/2026	**Fecha de Terminación:**	31/08/2026
Dependencia:	Secretaría General		
Supervisor - Cargo:	MARCELA TORRES HARKER – Secretaría General		

2. EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
Obligación Contractual	**Actividades realizadas**	**Evidencia Verificable**
1. Prestar el apoyo en la ejecución de las auditorías internas, seguimientos y evaluaciones establecidas en el Plan Anual de Auditoría Interna de la ANIM, emitiendo los informes y reportes que se requieran.	Se adelanta el proceso de revisión de las PQRS´D correspondientes al cuarto trimestre de 2026, realizando el comparativo frente a lo reportado por la segunda línea de defensa en el informe denominado "2026-01-14_Informe_PQRSD_Trimestre_IV_2025". Como resultado de dicha revisión, se formulan observaciones y se solicita un alcance al informe, con las aclaraciones correspondientes en los radicados que presentaron observaciones.	Enero_Evidencias_Cto025_2026
2. Realizar los arqueos de caja que se programen durante la	Para este periodo se realizó el arqueo de la caja menor de la entidad, la cual tuvo apertura en el mes de enero de	Enero_Evidencias_Cto025_2026

Si usted copia o imprime este documento, la Agencia lo considerará como copia no controlada y no se hace responsable por su consulta o uso.
Si desea consultar la versión vigente o controlada, consulte siempre la carpeta compartida.

2. EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
Obligación Contractual	**Actividades realizadas**	**Evidencia Verificable**
vigencia y apoyar la evaluación del sistema de control interno contable y presupuestal de la ANIM.	2026 mediante la Resolución N.° 012 de 2026, con un rubro presupuestal de $2.660.000. Así mismo, se validó el retiro del efectivo disponible y se comparó con el conteo físico del mismo.	
3. Apoyar el seguimiento y evaluación al cumplimiento de las actividades de control establecidas en el Mapa de Riesgos Institucional.	No se desarrollaron actividades relacionadas con esta obligación para este periodo.	Enero_Evidencias_ Cto025_2026
4. Preparar, validar, consolidar y reportar la información requerida por la Contraloría General de la República a través de los aplica vos establecidos por el ente de control.	Se validó la información a reportar a la CGR sobre la Gestión Contractual del mes de diciembre de 2025, se carga en el SIRECI con los formatos F5_01, F5_02, F5_03, F5_04 y F5_05 de acuerdo con la información proporcionada por el área encargada.	Enero_Evidencias_ Cto025_2026
5. Asistir a las reuniones que indique el supervisor del contrato y prestar apoyo en las mismas.	- Revisión Informe PQRSD T04 2025. - Reunión de Revisión Metodología de trabajo - Atención al Ciudadano. - Reunión Matriz de Riesgo con el equipo de Proyectos.	Enero_Evidencias_ Cto025_2026
6. Las demás que se requieran para la correcta ejecución del objeto del contrato.	Se realiza la revisión del Plan de Mejoramiento, verificando las actividades propuestas y su nivel de cumplimiento, con el fin de efectuar el debido reporte ante la CGR correspondiente al segundo semestre de la vigencia 2025. Así mismo, se elaboran las carpetas con los soportes de cada uno de los hallazgos para su verificación y validación. Se gestiona la firma por parte de los involucrados de los oficios de reporte de Delitos Contra la Administración Pública, Acciones de Repetición y Plan de Mejoramiento a corte de 31 de diciembre de la vigencia 2025 para reporte ante la Contraloría. Se gestionan los radicados ante Gesdoc de los radicados pertenecientes al proceso de Control y Evaluación.	Enero_Evidencias_ Cto025_2026

Si usted copia o imprime este documento, la Agencia lo considerará como copia no controlada y no se hace responsable por su consulta o uso.
Si desea consultar la versión vigente o controlada, consulte siempre la carpeta compartida.

3. INFORMACION FINANCIERA Y PRESUPUESTAL PARA EL PAGO

PERIODO DE COBRO						
05	01	2026	**AL**	31	01	2026

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	
Número de RP: 2526	
No. Factura (Sólo si aplica)	**N/A**
Valor del Contrato (1):	**44.604.000**
Valor Adición (2):	**2.230.200**
Valor Liberación (3):	**0**
Valor Total Contrato (4):	**46.834.200**
Valor Por Cobrar del Presente Periodo (5):	**5.159.700**
Valor Pagos Acumulados (6):	**0**
Valor Saldo Contrato	**41.674.500**

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL	
Número de Planilla:	40828011
Periodo Cotización:	Enero 2026
Fecha de Pago:	02 de Febrero de 2026

4. VALIDACIÓN ESTADO RESPUESTA CORRESPONDENCIA

Revisado el aplicativo de seguimiento de la correspondencia, el contratista manifiesta para el período objeto del presente informe, no cuenta con usuario asignado en Gesdoc.

5. 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 los pagos efectuados en el marco del Sistema General de Seguridad Social Integral – SGSSI. De igual forma declara que ha dado cumplimiento a las obligaciones generales para ejecutar el objeto del contrato, en forma oportuna, eficiente, diligente con la mejor calidad, y en cumplimiento de la normatividad vigente, de acuerdo con su capacidad e idoneidad profesional y a las instrucciones impartidas por el Supervisor del Contrato.

Esta declaración se realiza bajo la responsabilidad del contratista.

6. CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DE VERIFICACIÓN REQUISITOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGO

La supervisión verificó el cumplimiento de las obligaciones generales y específicas por parte del contratista, recibió a satisfacción los informes, certificaciones y/o productos (bienes y servicios) pactados en el contrato, como requisito

Si usted copia o imprime este documento, la Agencia lo considerará como copia no controlada y no se hace responsable por su consulta o uso.
Si desea consultar la versión vigente o controlada, consulte siempre la carpeta compartida.

para el pago autorizado, cumpliendo lo previsto en las normas vigentes y de conformidad con lo dispuesto por la **AGENCIA NACIONAL INMOBILIARIA VIRGILIO BARCO VARGAS**.

En virtud de lo anterior se autoriza el trámite del presente pago.

Para constancia se firma por quienes en ella intervinieron el dos (02) del mes de febrero de 2026.

Contratista
Yénifer Carolina Otálora Flórez
C.C. 1.022.352.214

Supervisor
MARCELA TORRES HARKER
Secretaria General

Revisado por:
Yolanda Ruíz Garzón
Contratista-Control Interno

Si usted copia o imprime este documento, la Agencia lo considerará como copia no controlada y no se hace responsable por su consulta o uso.
Si desea consultar la versión vigente o controlada, consulte siempre la carpeta compartida.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1022352214	YENIFER CAROLINA OTALORA FLOREZ	Cr 8 48 59 Apto 502	3106796832	yeniferotaloraf@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	02/02/2026	40828011	$715.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	283.500	0		0		0	0	0	0	283.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	362.900	0	0	0	0	0	0		362.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	23.700				23.700	0	0	23.700			237	23.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	45.400	0	0	45.400	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	283.500	283.500
Pensión	1	362.900	362.900
Riesgos Laborales	1	23.700	23.700
CCF	1	45.400	45.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	715.500	715.500

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022352214	YENIFER CAROLINA OTALORA FLOREZ		Cr 8 48 59 Apto 502	3106796832	yeniferotaloraf@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	02/02/2026	40828011	$715.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1022352214	OTALORA FLOREZ YENIFER CAROLINA	59	0			N																	230201	2.268.000	362.900	0	0	0	0	EPS005	2.268.000	283.500	14-23	2.268.000	2	23.700	CCF24	2.268.000	45.400	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

ANEXO DEDUCIBLES

DECLARACIÓN SOBRE DEDUCCIONES APLICABLES EN RETENCIÓN EN LA FUENTE

Ciudad : BOGOTA

Fecha :

DD	MM	AA
31	1	2026

Señores
Agencia Nacional Inmobiliaria Virgilio Barco Vargas

En virtud del contrato suscrito para la vigencia **2026** remito la siguiente declaración para ser tenida en cuenta al momento de liquidar la base gravable de los honorarios que percibo de la entidad.

De conformidad con lo establecido en el numeral 6. del artículo 1.2.4.1.6."Depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente" del Decreto Único Regalmentario en materia tributaria No. 1625 de 2016, manifiesto bajo la gravedad de juramento que:

Para la presente Vigencia	**No**	tomaré costos y deducciones asociados a los ingresos generados por el contrato de prestación de servicios suscrito con la entidad

Por favor diligenciar la siguiente información:

En cumplimiento con la normatividad vigente, para efectos de las deducciones en la retención en la fuente, manifiesto que:

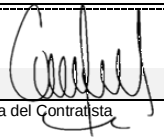
1. Durante el año **2025** pagué intereses o corrección monetaria en virtud de préstamos para adquisición de vivienda o el costo financiero sobre contratos de Leasing Si / No:	**No**
2. Durante el año **2025** realicé pagos por Medicina Prepagada, Planes Adicionales de Salud o Seguro de Salud Si / No:	**No**

3.Para dar aplicación a la deducción por dependientes prevista en la normatividad vigente, declaró bajo la gravedad de juramento que la persona que relacionó a continuación, depende económicamente de mi y da lugar al tratamiento tributario a que se refiere el parágrafo segundo del artículo 387 del estatuto tributario.

DATOS DE PERSONAS A CARGO

TIPO ID	**Número de Identificación**	**Nombre Completo de la Persona a Cargo** Primer Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre	**Fecha de Nacimiento** DD	MM	AA	**EDAD (AÑOS)**	**Seleccióne el Tipo de Dependiente**

4. Aportes Voluntarios a Fondos de Pensiones, Cuentas AFC o AVC:	
Estoy interesado en obtener la decucción por aportes a cuentas AFC, AVC o Fondos Voluntarios de Pensión Si / No	**No**
5. Según lo establecido en la normatividad vigente, solicito efectuar un mayor descuento de retención en la fuente Si / No:	**No**



YÉNIFER OTÁLORA FLÓREZ		1.022.352.214
Nombre del Contratista	Firma del Contratista	C.C.

* Para el caso de los menores de edad por favor identificar si es Tarjeta de Identidad (T.I) o Número Único de Identificación Personal (NUIP).
* Ver Anexo Dependientes