Universidad del Atlántico	**CÓDIGO:** FOR-GF-016
	VERSIÓN: 0
	FECHA: 08/04/2011

FORMATO DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS.

CARACTERISTICAS DEL BIEN Y/O SERVICIO:

Prestar los servicios profesionales en la Oficina de Control Interno, para apoyar los procesos de auditorías integradas, de acuerdo al programa anual aprobado y actividades inherentes al sistema integrado de gestión y autoevaluación institucional.

I. INFORMACION GENERAL

BENEFICIARIO: LILIANA ROSA RUZ CEPEDA	CC [X] NIT [ ] CE [ ] OTRO [ ] **No. 33.309.431**

DOCUMENTO SOPORTE (OPS, ORDEN COMPRA, CPS, CARTA INVITACION OTROS)	NUMERO	FECHA	VALOR	CUOTA
CPS	2023-CPS-OCI-007	28 de febrero de 2023	$ 3.500.000	7

FECHA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN:	31/08/2023	**PERIODO DE EJECUCION:**	1/08/2023	**AL**	31/08/2023

II. FUENTE DE RECURSOS

	NOMBRE	CODIGO O REFENCIA	CUENTA RECAUDADORA
NIVEL CENTRAL			
CONVENIO O PROYECTO			
CURSO EXTENSION			

III. FORMA DE PAGO

TRANSFERENCIA NACIONAL				
ENTIDAD BANCARIA	BBVA		N° CUENTA	464140219
TIPO CUENTA	AHORRO	X	CORRIENTE	

TRANSFERENCIA AL EXTERIOR			
ENTIDAD BANCARIA		DIRECCION	
MONEDA		N° CUENTA	
CODIGO SWIFT		CODIGO ABA	
IDENTIFICACION ANTE ENTIDAD BANCARIA			

OBSERVACIONES:

FIRMA DEL RESPONSABLE:

NOMBRE: **ROBERTO HENRIQUEZ NORIEGA**

CARGO: **Jefe del Departamento de Control Interno**

Universidad del Atlántico	**CÓDIGO:** FOR-TH-003
	VERSIÓN: 2
	FECHA: 05/08/2021

INFORMES DE AVANCE A CONTRATOS

INFORME DE AVANCE No.07			
Tipo de contrato:	CPS	**No. de contrato:**	**2023-CPS-OCI-007**
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar los servicios profesionales en la Oficina de Control Interno, para apoyar los procesos de auditorías integradas, de acuerdo al programa anual aprobado y actividades inherentes al sistema integrado de gestión y autoevaluación institucional.		

ENTIDAD RECEPTORA		**ENTIDAD EMISORA**	
Entidad:	UDELA	**Contratista:**	LILIANA ROSA RUZ CEPEDA
NIT:	890102257-3	**C.C.**	33.309.431
Sede:	NORTE	**Sede:**	Sede Norte
Teléfono:	6053852266	**Teléfono/Celular:**	3016367331
Correo electrónico:	controlinterno@mail.uniatlantico.edu.co	**Correo electrónico:**	ing_crl@hotmail.com

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS RESULTADOS			
Tipo de informe	Informe de avance	**Periodo de informe:**	**Del 01 de agosto de 2023 al 31 de agosto de 2023**
No. de informe:	07	**Fecha de presentación del informe:**	31 de agosto de 2023
No. de cuota	01☐ 02☐ 03☐ 04☐ 05☐ 06☐ 07☒ 08☐ 09☐ 10☐ 11☐ 12☐		

ACTIVIDADES DESARROLLADAS	**RESULTADOS LOGRADOS**	**INDICADORES**	**MODALIDAD**
3. Apoyar el proceso de medición del impacto del sistema de control interno a través de auditorías internas y de gestión	Redacción del informe de auditoría del proceso ORII	**Según lo requerido** **90%**	**VIRTUAL** ☒ **Correo electrónico** **Herramientas de Google** - - - - **PRESENCIAL** ☒

3. Apoyar el proceso de medición del impacto del sistema de control interno a través de auditorías internas y de gestión	Realización de plan de auditoría de proyectos de investigación financiados con recursos de regalías y envío al proceso de investigación para la apertura de la misma.	**Según lo requerido** **100%**	**VIRTUAL** ☒ **Correo electrónico** **Herramientas de Google** - - - - **PRESENCIAL** ☒
3. Apoyar el proceso de medición del impacto del sistema de control interno a través de auditorías internas y de gestión	Redacción del informe de auditoría del proceso de Docencia.	**Según lo requerido** **90%**	**VIRTUAL** ☒ **Correo electrónico** **Herramientas de Google** - - - - **PRESENCIAL** ☒

3. Apoyar el proceso de medición del impacto del sistema de control interno a través de auditorías internas y de gestión	Redacción del informe de auditoría del proceso de Gestión Ambiental.	**Según lo requerido** **80%**	**VIRTUAL** ☒ **Correo electrónico** **Herramientas de Google** - - - - **PRESENCIAL** ☒
3. Apoyar el proceso de medición del impacto del sistema de control interno a través de auditorías internas y de gestión	Revisión de PQRSDF por departamentos para el informe de ley correspondiente al 2023-1.	**Según lo requerido** **100%**	**VIRTUAL** ☒ **Correo electrónico** **Herramientas de Google** - - - - **PRESENCIAL** ☒

3. Apoyar el proceso de medición del impacto del sistema de control interno a través de auditorías internas y de gestión	Visita en sitio al archivo central en desarrollo de la auditoría del proceso de Gestión Documental.	**Según lo requerido** **100%**	**VIRTUAL** ☒ **Correo electrónico** **Herramientas de Google** - - - - **PRESENCIAL** ☒
3. Apoyar el proceso de medición del impacto del sistema de control interno a través de auditorías internas y de gestión	Visita en sitio a la Unidad de Salud para entrevista al personal de sst y afiliaciones en desarrollo de la auditoría.	**Según lo requerido** **100%**	**VIRTUAL** ☒ **Correo electrónico** **Herramientas de Google** - - - - **PRESENCIAL** ☒

Universidad del Atlántico	**CÓDIGO:** FOR-TH-003
	VERSIÓN: 2
	FECHA: 05/08/2021

INFORMES DE AVANCE A CONTRATOS

3. Apoyar el proceso de medición del impacto del sistema de control interno a través de auditorías internas y de gestión	Visita al Departamento de Educación Virtual, Medios Educativos y Audiovisuales en desarrollo de la auditoría al proceso de Docencia.	**Según lo requerido** **100%**	**VIRTUAL** ☒ **Correo electrónico** **Herramientas de Google** - - - - **PRESENCIAL** ☒

ANEXOS: Incluir registros

Observaciones del supervisor:	

Contratista: Liliana Rosa Ruz Cepeda	**Supervisor: Roberto Henríquez Noriega**
No. Identificación:33.309.431	**No. Identificación:72.130.056**
Dependencia: Oficina de Control Interno	**Cargo:** JEFE DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

Puerto Colombia, agosto 31 de 2023

CPS No. 2023-CPS-OCI-007
Fecha Acta de Inicio: 28-02-2023

CUENTA DE COBRO No. 007

UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO
NIT. 890.102.257-3

DEBE A:

LILIANA ROSA RUZ CEPEDA
CC. 33.309.431

LA SUMA DE: $ 3.500.000

POR CONCEPTO DE: Prestar los servicios profesionales en la Oficina de Control Interno, para apoyar los procesos de auditorías integradas, de acuerdo al programa anual aprobado y actividades inherentes al sistema integrado de gestión y autoevaluación institucional, correspondiente al periodo comprendido del 01 de agosto de 2023 al 31 de agosto de 2023.

SON: TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/L

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que el soporte de pago de la seguridad social que se adjunta esta efectuado sobre los ingresos correspondientes al mes de julio de 2023: Planilla No. 9453934010.

APORTE OBLIGATORIO SALUD	$175,000
APORTE OBLIGATORIO PENSIÓN	$224,000
APORTE ARL	$7,400
APORTE FONDO SOLIDARIDAD PENSIONAL	0
TOTAL APORTES SEGURIDAD SOCIAL	**$406,400**

CONDICIONES	CLASIFICACIÓN	
Para el desarrollo de mi actividad he contratado por al menos 90 días continuos o discontinuos, dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad.	RENTA NO LABORAL	
Para el desarrollo de mi actividad no he contratado por al menos 90 días continuos o discontinuos, dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad.	RENTA DE TRABAJO	X

Certifico que los valores solicitados como deducción de la base de retención no superan los topes legales establecidos en relación con el total de mis ingresos.

Cordialmente,

_____
LILIANA ROSA RUZ CEPEDA
C.C. 33.309.431 de Magangué-Bolívar
DIRECCION: Cra 27 no. 72-80 Apto 201
CIUDAD Y DEPARTAMENTO: Barranquilla-Atlántico
TELEFONO DE CONTACTO: 3016367331

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 33309431		RUZ CEPEDA LILIANA ROSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 27 72 80	BARRANQUILLA-ATLANTICO	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-07	2023-07	95420456	9453934010	I	2023/08/09	2023/08/10	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	1	$407,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	33309431	RUZ LILIANA																		230301	30	$1,400,000	$224,000	EPS005	30	$1,400,000	$175,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,400,000	$7,400	0	$0	$0	No	$406,400
Total	**Afiliados(1)**																						$1,400,000	$224,000			$1,400,000	$175,000			$0	$0			$1,400,000	$7,400		$0	$0		$406,400

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 33309431		RUZ CEPEDA LILIANA ROSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 27 72 80	BARRANQUILLA-ATLANTICO	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-07	2023-07	95420456	9453934010	I	2023/08/09	2023/08/10	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	1	$407,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$224,000	$300	$0	$224,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$224,000	$300	$0	$224,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,400	$100	$0	$7,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,400	$100	$0	$7,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$175,000	$200	$0	$175,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$175,000	$200	$0	$175,200
TOTAL				1	$406,400	$600	$0	$407,000

Puerto Colombia, agosto 31 de 2023

CERTIFICACION

Para efectos de determinar el valor base sujeto a la retención en la fuente establecida en el Articulo 383 del Estatuto Tributario, informo que:

	SI	NO
Soy pensionado		X

De igual manera me permito solicitar las siguientes deducciones: (Aplican únicamente para las personas naturales que tienen la clasificación de RENTAS DE TRABAJO)

1 Deducción por dependientes: **$ 0.00** (Máximo hasta el 10% del valor facturado sin superar la suma máxima mensual de $1.357.184 para el año 2023 correspondientes a 32 UVT).

2 Deducción de intereses préstamos para adquisición de vivienda: **$0.00** (Máximo hasta la suma mensual de $4.241.200 para el año 2023 correspondiente a 100 UVT).

3 Deducción de planes de salud adicionales **$ 0.00** (Máximo hasta la suma mensual de $678.592 para el 2023 correspondiente a 16 UVT).

Certifico que los valores solicitados como deducción de la base de retención no superan los topes legales establecidos en relación con el total de mis ingresos.

SOPORTES ANEXOS:

- Copia del RUT actualizado (obligatorio).
- Los soportes correspondientes para la deducción de dependientes señalados en el Decreto 099 de 2013, como registros civiles, certificados médicos, certificación de ingresos de mi conyugue y los demás que se exige el reglamento.
- Soportes de pago de los intereses de vivienda del año anterior.
- Soporte de pago de los planes de salud complementarios del año anterior.
- Soportes de pago seguridad social (obligatorio)

Cordialmente,

_____

LILIANA ROSA RUZ CEPEDA
C.C. 33.309.431 de Magangué-Bolívar
DIRECCION: Cra 27 no. 72-80 Apto 201
CIUDAD Y DEPARTAMENTO: Barranquilla-Atlántico
TELEFONO DE CONTACTO: 3016367331