|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| escudo | Vicerrectoría Administrativa  Servicio de Hotel  NIT. 891.500.319-2 | | |
| Código: PA-GA-5-FOR-17 | | Versión: 1 | Fecha Vigencia:13-01-2014 |

Radicación VADM \_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Oficio de Solicitud Número | | | de  de  Dependencia | | | |
| (2)Justificación | | | | Oficio número       Fecha:       de de  Del de deFecha: | | |
| **OBJETO DEL SERVICIO** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| SOLICITANTE  NOMBRE:  \_\_\_ | | | | | Vo.Bo. DECANO/JEFE DEPENDENCIA  NOMBRE: \_\_\_\_\_ | |
| FIRMA:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | FIRMA.  \_\_\_\_\_\_\_ | |
| Con Cargo al presupuesto de: (indicar programa académico, departamento, convenio/contrato) | | | | | | |
| **CDP.** | Nº | Fecha:       de       de | | | | **FIRMA RESPONSABLE PPTO** |

**NUMERO DE LA ORDEN DE SERVICIO** **FECHA:** **de** **de**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONTRATISTA** | | NOMBRE O RAZON SOCIAL : -Escriba nombre aquí- | | | | |
|  | | (3)Tiene contratos vigentes con la Universidad del Cauca? SI  NO | | | | |
| Dirección |  | | | Teléfono | | Ciudad |
| **Información Tributaria**  Numero       NIT  RUT  C.C.  C. Extranjería  Pasaporte  Actividad Económica       Persona: Natural  Jurídica   Impuesto a Las Ventas: Reg. Simplificado  Reg. Común  Gran Contribuyente SI  NO  Resolución Número:  Autoretenedor: SI  NO  Resolución Número: | | | | | | |
| **Información Bancaria:**  NUMERO DE CUENTA:  CORRIENTE  AHORRO  ENTIDAD | | | | | | |
| **Valor en Letras**:  Antes de IVA:  IVA:  TOTAL:     \_\_\_ | | | | | | |
| **Forma de Pago:**       Llamar a ext. 1123 para consultar forma de pago | | | | | | |
| **Plazo de Ejecución**: | | | Meses:       a partir de la fecha de iniciación | | Días:       a partir de la fecha de iniciación | |
| (4) **Supervisor:**       Cédula:       Dependencia:       Ext: | | | | | | |

**Declaro bajo la gravedad del juramento que no estoy incurso en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades de ley.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ordenador del Gasto Contratista

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **REGISTRO PTO**  Nº | Fecha:     de       de | **CODIGO PRESUPUESTAL**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **FIRMA RESPONSABLE PTO** |

**DOCUMENTOS PARA LA LEGALIZACION**:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | RUT./ C.C ./ C.Extrj./ Pasaporte) |  | Paz y Salvo SENA, ICBF, Caja de compensación familiar |  | |
|  | Afiliación a Seguridad Social (Arp, Pensión y Salud) |  | Póliza de manejo de anticipo por 100% del anticipo el plazo y 2 meses mas | |  |
|  | Póliza de cumplimiento por el 20% del contrato, el plazo y 2 meses mas |  |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Revisó Requisitos Legalización**: | de       de | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma Responsable VRADM |
| **Fecha de Iniciación**: ­­­­ | de       de | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma del Supervisor |

**NOTAS:**

1. PARA EL INICIO DE LA EJECUCION DE LA ORDEN DE SERVICIOS SE REQUIERE EL REGISTRO PRESUPUESTAL Y LA LEGALIZACION DE LA MISMA .
2. A LA PRESENTE ORDEN DEBE ANEXARSE EL DOCUMENTO DE JUSTIFICACION
3. SI LA RESPUESTA ES **SI** ANEXAR JUSTIFICACION CONFORME ACUERDO 051 de 2007 SIEMPRE Y CUANDO LA PRESTACION DEL SERVICIO SEA EXCLUSIVA
4. EL SUPERVISOR ESTA OBLIGADO A CUMPLIR LO ESTIPULADO EN EL ACUERDO 015 DE 2000 ARTÍCULO 3°, RESOLUCION R498 DE 2006
5. TODA MODIFICACION A LA ORDEN DEBERÁ REALIZARSE MEDIANTE OTRO SI Y/O ADICION