|  |  |
| --- | --- |
| Oficio de Solicitud Número      |        de  de  Dependencia       |
| (2)Justificación | Oficio número       Fecha:       de de  Del de deFecha: |
| **OBJETO DEL SERVICIO** |
|        |
| SOLICITANTENOMBRE:  \_\_\_ | Vo.Bo. DECANO/JEFE DEPENDENCIANOMBRE: \_\_\_\_\_  |
| 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:     \_\_\_  |
| **Anticipo**:      % Valor:       El pago del anticipo no condiciona el inicio de la orden, en cada pago se amortizará dicho valor  |
| **Forma de Pago:**       Llamar a ext. 1123 para consultar forma de pago |
| **Plazo de Ejecución**:  | Meses:       a partir del Acta de Iniciación | Días:       a partir del Acta 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 PPTO** |

**DOCUMENTOS PARA LA LEGALIZACION**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Póliza salarios y prestaciones sociales  |  | Por 10% del Contrato El plazo y 3 años más |
|  | Póliza responsabilidad civil extracontractual. |  | Por 20% del contrato El plazo y 2 meses más |
|  | Póliza de manejo de anticipo |  | Por 100% del anticipo El plazo y 2 meses más |
|  | Póliza de cumplimiento |  | Por 20% del contrato El plazo y 60 meses más (Constituido por 1 año y renovables a solicitud del supervisor en forma anual hasta completar la vigencia) |
|  | Certificado de antecedentes |  | Paz y Salvo Minprotección Social  |  |
|  | Pasado Judicial Vigente |  | Paz y Salvo SENA, ICBF, Caja de compensación familiar |  |
|  | RUT./ C.C ./ C.Extrj./ Pasaporte) |  | Afiliación a Seguridad Social (Arp, Pensión y Salud) |  |
|  | Publicación en el Diario Oficial |  |  |
| **Revisó Requisitos Legalización**: |       de       de  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma Responsable VADM |
|  **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