Radicación VADM \_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha |       de  de  |
| Nº Oficio |       |
|  Dependencia |         | DESTINO       |

**No. Orden Suministro** **Día:****Mes:**  Año:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del contratista |       |
| Dirección |       | Teléfono       | Ciudad       |
| **Información Tributaria**Numero       NIT [ ]  RUT [ ]  C.C. [ ]  C. Extranjería [ ]  Pasaporte [ ] Actividad Económica        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       |
| **Objeto del Suministro:** |
|       |

### VALOR Y FORMA DE PAGO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Subtotal | $       | IVA $      | Total $       |
| Son  |       |
| Forma de pago |       |
| Plazo para la ejecución |       meses |       días |
| Inicia:       de       de  | Termina:       de       de  |
| Solicitante |       |
| Supervisor |       |
| Con cargo al presupuesto de |       |

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

 Solicitante VºBº Jefe dependencia

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Certific. Disponibilidad Pptal. | Nº |       | del |       | de |       | de |  | FIRMA PRESUPUESTO |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Reg. Disponibilidad Pptal. | Nº |       | del |       | de |       | de |  | FIRMA PRESUPUESTO |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Condiciones adicionales | Afiliación a Seguridad Social (Arp, Pensión y Salud) |  |
| Registro Único Tributario RUT |  |
| Póliza de cumplimiento -por el 20% del contrato el plazo y 2 meses más |  |
| Póliza de calidad - por el 50% del contrato el plazo y 2 meses más |  |
| RUT / C.C / C. Ext. / Pasaporte |  |
| Publicación en el Diario Oficial |  |
| Estampilla Universidad del Cauca |  |
| Paz y Salvo SENA, ICBF, Caja de Compensación Familiar |  |
| Observaciones adicionales:      **Notas**: El contratista no podrá ejecutar la presente orden hasta tanto esta no sea legalizada |

El contratista declara bajo la gravedad del juramento que no se hay incurso en ninguna de las inhabilidades o incompatibilidades de ley.

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

 Ordenador del Gasto Contratista

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

Reviso requisitos de legalización:

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

Supervisor

**Suministros Unidad de Salud**

NIT. 891.500.319-2