|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Oficio de Solicitud Número | | | de  de  Dependencia | | | |
| (2)Justificación | | | | Oficio número       Fecha:       de de  Del de deFecha: | | |
| **OBJETO DEL SERVICIO** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| SOLICITANTE  NOMBRE: | | | | | Vo.Bo. Director (a) Unidad de Salud  NOMBRE: | |
| FIRMA: | | | | | FIRMA. | |
| Con Cargo al presupuesto de: | | | | | | |
| **CDP.** | Nº | Fecha:      de       de | | | | **FIRMA RESPONSABLE PPTO** |

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONTRATISTA** | | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL : | | | | |
| (3) Tiene contratos vigentes con la Universidad del Cauca? SI  NO | | | | |
| Dirección |  | | | Teléfono | | Ciudad |
| **Información Tributaria**  Número      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:**  NÚMERO 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:** | | | | | | |
| **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 (a) del Gasto: Contratista

NOMBRE:       NOMBRE:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 cumplimiento | |  | 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 calidad | |  | Por 50% del contrato, el plazo y 2 meses más. | | |
|  | 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 | |  | Estampilla Universidad del Cauca 180 años | |  |
|  | Certificado de Habilitación Secr. Salud Depart. | |  | Póliza de Responsabilidad Civil Profesional | |  |
| **Revisó Requisitos Legalización**: | | de       de | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma Responsable Unidad de Salud | |
| **Fecha de Iniciación**: ­­­­ | | de       de | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma del Supervisor (a) | |

**NOTAS:**

1. PARA EL INICIO DE LA EJECUCIÓN DE LA ORDEN DE SERVICIOS SE REQUIERE EL REGISTRO PRESUPUESTAL Y LA LEGALIZACIÓN DE LA MISMA.
2. A LA PRESENTE ORDEN DEBE ANEXARSE EL DOCUMENTO DE JUSTIFICACIÓN
3. SI LA RESPUESTA ES **SI** ANEXAR JUSTIFICACIÓN CONFORME ACUERDO 051 de 2007 SIEMPRE Y CUANDO LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SEA EXCLUSIVA
4. EL SUPERVISOR ESTÁ OBLIGADO A CUMPLIR LO ESTIPULADO EN EL ACUERDO 064 DE 2008 CAPÍTULO II.
5. TODA MODIFICACIÓN A LA ORDEN DEBERÁ REALIZARSE MEDIANTE OTRO SI Y/O ADICIÓN
6. LA PRESENTE CONTRATACIÓN EN SALUD, SE REALIZA CONFORME AL CONTENIDO DE LA LEY 100 DE 1993, ARTÍCULOS 2,153 (NUMERAL 4), 183; LEY 1122 DE 2007, ARTÍCULOS 23 Y 25 Y DECRETO4747 CAPÍTULO II.