Radicación VADM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| 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 : -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 [x]   Impuesto a Las Ventas: Reg. Simplificado [ ]  Reg. Común [ ]    |
| **Información Bancaria:** NUMERO DE CUENTA:  CORRIENTE [ ]  AHORRO [ ]  ENTIDAD       |
| **Valor en Letras**:     \_\_\_ Total Horas:  Valor Hora  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 Profesor Visitante-Hora Cátedra

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

**DOCUMENTOS VIGENTES PREVIOS AL PAGO**:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Certificado de antecedentes |  |  | RUT./ C.C ./ C.Extrj./ Pasaporte) |  |
|  | Pasado Judicial Vigente |  |  | Afiliación a Seguridad Social (Arp, Pensión y Salud) |  |
|  | Fotocopia de Cédula de Ciudadanía |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha de Iniciación**: ­­­­ |       de       de  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Responsable VRADM |

**NOTAS:**

1. PARA EL INICIO DE LA EJECUCION DE LA ORDEN DE SERVICIOS SE REQUIERE EL REGISTRO PRESUPUESTAL.
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