Radicación VADM \_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fecha | Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. | |
| Nº Oficio |  | |
| Dependencia |  | DESTINO |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del contratista | |  | | |
| Dirección |  | | Teléfono | Ciudad |
| **Información Tributaria**  Número       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:**  NÚMERO 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(a) del Gasto Contratista

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

Reviso requisitos de legalización:

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

Supervisor(a)

**Suministros Unidad de Salud**

NIT. 891.500.319-2