**UNIVERSIDAD CATÓLICA LUIS AMIGÓ**

**FORMATO DE VERIFICACIÓN DE CONDICIONES Y CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES DE CONCESIONARIOS (Versión 4-29/04/2025)**

Este formato se diligenciará periódicamente por cada uno de los concesionarios.

**Control semestre 1-2025.**

1. **INFORMACIÓN GENERAL:**
2. **Nombre del concesionario**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. **Nit**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. **Propietario**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. **Contrato vigente desde** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. **Canon pactado:** $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. **Administrado por**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. **Registro Mercantil vigente: fecha de expedición** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
9. **Objeto social**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
10. **INFORMACIÓN DE LOS TRABAJADORES:**

**Coloque de cada trabajador:** nombre, identificación, duración de contrato, salario, EPS, fondo de pensiones, ARL, constancia de entrega de dotaciones y uniformes y liquidación final en caso de que ya haya procedido.

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

1. **EXÁMENES MÉDICOS DE TRABAJADORES:**
2. **Concesionarios de comidas:** anexar exámenes relacionados de los trabajadores, indicando en cada uno de ellos, frotes de uñas, frotes de laringe, coprológico de los trabajadores que prestan el servicio actualizado.
3. **Peluquería**. El cumplimiento de la resolución 2117 de 2010 del Ministerio de Protección Social y formación en bioseguridad, de conformidad con las exigencias de ley. Anexar exámenes médicos de los trabajadores exigidos para su desempeño.
4. **Consultorio odontológico:** anexarexámenes médicos relacionados del personal de apoyo del consultorio, formación en bioseguridad, de conformidad con las exigencias de ley. Anexar.
5. **CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y EVIDENCIAS**
6. **Canon pagado en la vigencia de este contrato (indique cantidad, fecha en la que realizó el último pago, número de consignación, valor y mes)**

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

1. **Cánones adeudados y por qué razones**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **Pago de servicios públicos en la vigencia de este contrato: (cantidad, fecha en la que realizó el pago, número de consignación)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. **Cuentas de servicios públicos pendientes e indicar las razones:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. **REQUERIMIENTOS ESPECÍFICOS EN RAZÓN DE LA NATURALEZA DEL NEGOCIO.**
5. **Póliza de responsabilidad civil: (incluye locales de comida y consultorio odontológico)**: número de póliza \_\_\_\_\_\_\_\_\_, aseguradora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, valor asegurado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Vigente desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Anexarla
6. **Licencia derechos reprográficos Ceder (fotocopiadoras):** número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ vigencia desde \_\_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_\_\_\_\_. Valor pagado: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Anexarla
7. **Certificado de Manipulación de alimentos: expedido por** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ vigencia desde\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_hasta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Trabajadores habilitados \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. **Destinación de residuos biológicos aplica para peluquería y consultorio odontológico**: desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Anexarlo
9. **Fumigación: (control de plagas) empresa** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ realizado el día\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ vigencia desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Anexarlo
10. **Certificado de bioseguridad**: (**aplica para peluquería, consultorio odontológico**): expedido por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ vigencia desde\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Anexarlo
11. **Paz y Salvo de Industria y Comercio**: recibo # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Anexarlo
12. **Adeuda Industria y Comercio, ¿por qué razón?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
13. **Solicitud de visita a Secretaría de Salud Municipal**. Constancia de la solicitud. Anexar documento de constancia. Si fue realizada anexar acta de visita y resultado de la misma. Aplica para: concesionarios de comidas y peluquería.
14. **Habilitación de consultorio odontológico**: anexar copia de la habilitación.

1. **OTROS REQUISITOS:**
2. **Manejo del letrero**. Cumple con las directrices institucionales: SI \_\_ NO \_\_
3. **Lista de precios visible dentro del lugar**: SI \_\_ NO \_\_
4. **Prohibición de colocar avisos en puertas, paredes y ventanas**: SI \_\_ NO \_\_
5. **Aseo del establecimiento y puntos de atención**: SI \_\_ NO \_\_
6. **Ocupación estricta del espacio asignado** (está prohibido colocar insumos, mostradores, exhibidores, carretillas, cajas, por fuera del espacio concedido en arriendo): SI \_\_ NO \_\_
7. **Destinación adecuada de las basuras, residuos biológicos, aceites quemados**: SI \_\_ NO \_\_
8. **CONTROL DE PRECIOS**

¿El incremento de precios 2025 es conforme a lo establecido para que no exceda el incremento del salario mínimo de la presente anualidad? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **OBSERVACIONES FINALES DEL CONCESIONARIO:**

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

**DECLARACIÓN:**

Como concesionario doy fe de que lo que aquí expreso es verdadero, y anexo los documentos solicitados. Asumo las consecuencias del incumplimiento de las obligaciones contractuales.

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

**Firma representante del CONCESIONARIO**

**Solo para Centros Regionales**

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

**Firma Director Centro Regional**