



**INFORME DE SUPERVISIÓN
DE CONTRATOS Y/O CONVENIOS**

**CÓDIGO:
FR-1604-GCON-01**

VERSIÓN 02

GESTIÓN DE CONTRATACIÓN

FECHA: 20 de septiembre de 2016 **Informe No.** 1

PROCESO: GRUPO DE TALENTO HUMANO

No. CONTRATO: UNGRD-79-2016

CONTRATISTA: REPRESENTACIONES ASESORIAS Y SERVICIOS LIMITADA RAS LTDA

IDENTIFICACIÓN: 830.030.009-5

PLAZO INICIAL DEL CONTRATO : **Meses:** 8 **Días:** 4

PRORROGA: **Meses:** **Días:**

FECHA DE INICIO: 10 de junio de 2016

FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO: 31 de diciembre de 2016

FECHA DE SUSPENSIÓN:

FECHA DE REINICIO:

OBJETO DEL CONTRATO: Contratar la prestación de servicios para la realización de los exámenes médicos ocupacionales de ingreso, periódicos y egreso para los funcionarios, y exámenes específicos para el personal de la brigada de emergencias de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres.

VALOR INICIAL DEL CONTRATO: \$ 10.210.000 Adición 2. Adición 3.

VALOR ADICIÓN:

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: **\$ 10.210.000**
(Vr. Inicial+Vrs. adiciones)

FORMA DE PAGO: MENSUAL

PERIODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME: 10/06/2016 ✓ - 15/09/2016 ✓

OBLIGACIONES	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTO
1. Efectuar los exámenes médicos, clínicos y para clínicos para admisión, periódicos ocupacionales, cambios de ocupación, reingreso al trabajo, retiro y otras situaciones que alteren o puedan traducirse en un riesgo para la salud de las personas indicadas por la entidad, con las características y condiciones técnicas contempladas en la Resolución No. 2346 de 2007, por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales.	Realización de dos Exámenes Medicos Ocupacionales de Ingreso	Resultados de Exámenes Medicos Ocupacionales de Ingreso
2. Realizar los exámenes médicos y ocupacionales por médicos especialistas en Medicina del Trabajo o Salud Ocupacional, con licencia vigente de prestación de servicios de salud ocupacional; de conformidad con el Art. 9 de la Resolución 2346 de 2007	Los Exámenes Medicos Ocupacionales de Ingreso fueron realizados por un medico especialista en Salud Ocupacional	Resultados de Exámenes Medicos Ocupacionales de Ingreso
3. Monitorear la exposición a factores de riesgos e identificar en forma precoz, posibles alteraciones temporales, permanentes o agravadas del estado de salud del funcionario, ocasionadas por la labor o por la exposición al medio ambiente de trabajo y detectar enfermedades de origen común, con el fin de establecer un manejo preventivo	Esta obligacion se aplicara en la toma de exámenes medicos ocupacionales periodicos.	
4. Realizar los exámenes médicos ocupacionales en la ciudad de Bogotá D.C., en la sede de la Unidad Nacional Para la Gestión del Riesgo de Desastres o en las instalaciones del contratista de acuerdo a instrucciones dadas por el supervisor del contrato.	Esta obligacion se aplicara en la toma de exámenes medicos ocupacionales periodicos.	
5. La custodia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clinica ocupacional estará a cargo del prestador de servicios de salud ocupacional que la genere, cumpliendo con los requisitos y procedimientos de archivo conforme a lo establecido por el Artículo 2 de la Resolución 1918 de 2009.	N/A	
6. Informar inmediatamente al supervisor del contrato, la patología y la conducta a seguir, si como resultado de la evaluación médica ocupacional periódica, se encuentra una presunta enfermedad profesional o secuelas de eventos profesionales –no diagnosticados- ocurridos durante el tiempo de vinculación del funcionario a la UNGRD.	Esta obligacion se aplicara en la toma de exámenes medicos ocupacionales periodicos.	
7. Registrar la información del examen médico ocupacional periódico, en un formato específico diseñado para ello	Esta obligacion se aplicara en la toma de exámenes medicos ocupacionales periodicos.	

<p>8. Garantizar que el médico ocupacional respete la reserva de la historia clínica ocupacional, quien solo remitirá al Grupo de Trabajo de Talento Humano el certificado médico de aptitud, indicando las restricciones existentes y las recomendaciones o condiciones que se requiere adaptar para que el aspirante pueda desempeñar las funciones asignadas al empleo</p>	<p>Esta obligación se aplicara en la toma de exámenes medicos ocupacionales periodicos.</p>	
<p>9. Hacer entrega de los resultados del examen médico de ingreso y egreso de forma física, correo electrónico o plataforma a la UNGRD el mismo día que se realiza el examen</p>	<p>Realización de dos Exámenes Medicos Ocupacionales de Ingreso</p>	<p>Resultados de Exámenes Medicos Ocupacionales de Ingreso</p>
<p>10. Informar telefónicamente al supervisor del contrato, en caso de aplazamiento del concepto para aclarar o corregir cualquier hallazgo o, en los de incompatibilidad entre el estado de salud o la capacidad física y mental del aspirante, con las condiciones y exigencias de las tareas a desarrollar en la entidad.</p>	<p>Esta situacion no se ha presentado</p>	
<p>11.</p>		
<p>12.</p>		
<p>13.</p>		
<p>14.</p>		
<p>15.</p>		



**INFORME DE SUPERVISIÓN
DE CONTRATOS Y/O CONVENIOS**

**CÓDIGO:
FR-1604-GCON-01**

VERSIÓN 02

GESTIÓN DE CONTRATACIÓN

16.		
17.		
18.		
19.		
20.		



**INFORME DE SUPERVISIÓN
DE CONTRATOS Y/O CONVENIOS**
GESTIÓN DE CONTRATACIÓN

CÓDIGO:
FR-1604-GCON-01

VERSIÓN 02

LIQUIDACIÓN DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
(Persona Natural)

Liquidación de aportes a sistema de Salud , Pensión y ARL.

Valor cobro Periodo \$

	Liquidación	Aporte	Diferencia
Aporte a sistema de salud (12,5% del 40%)	\$ -	\$	\$
Aporte a sistema de pensión (X% del 40%)	\$ -	\$	\$
Aporte ARL (0,522% del 40%)	\$ -	\$	\$
TOTAL	\$ -	\$ -	\$ -

Número de planilla _____

Periodo cotizado _____

PARAFISCALES Y APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL
(Persona Jurídica)

PERIODO APORTADO O CERTIFICADO	FECHA DE CERTIFICACIÓN	EXPEDIDA POR (Coloque el nombre del Representante Legal o Revisor Fiscal)
SEPTIEMBR	15/09/2016	HANS CHRISTIAN RASMUSSERN

INFORME DE DELEGACIONES FUERA DE LA CIUDAD y/o PAÍS

REPORTE DE VIAJE

No. DE RESOLUCIÓN y/o AUTORIZACIÓN	FECHA DE RESOLUCIÓN y/o AUTORIZACIÓN	LUGAR ORIGEN	LUGAR DESTINO	FECHA INICIO	FECHA FINAL	No. DÍAS



**INFORME DE SUPERVISIÓN
DE CONTRATOS Y/O CONVENIOS**

**CÓDIGO:
FR-1604-GCON-01**

VERSIÓN 02

GESTIÓN DE CONTRATACIÓN

REPORTE DE TRANSPORTE (AÉREOS, TERRESTRE y/o MARÍTIMOS)

No. DE SOPORTE	TIPO	LUGAR ORIGEN	LUGAR DESTINO	FECHA INICIO	FECHA FINAL	No. DÍAS

OBSERVACIONES

(Para hacer efectivo el último pago, se requiere de la presentación del informe, la certificación de recibo a satisfacción del servicio y/o bien; y para las personas naturales el formato diligenciado de certificación sin pendientes.)

Diana Catalina Torres Acosta

**NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR /o
ORDENADOR DEL GASTO**

**FIRMA DEL SUPERVISOR /o
ORDENADOR DEL GASTO**

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA