



FORMULARIO DE REQUERIMIENTO Y EVALUACION DE SERVICIOS ADICIONALES

CORDOBA, / / 201.....

Art. 12º del Decreto reglamentario Nº 5303 de la Ley Nº 4.982: El serv. de Policía Adicional será solicitado por el interesado en la oficina pertinente, por escrito y con tres (03) días hábiles de antelación a la fecha de la prestación pedida, **en caso de solicitudes presentadas en un término menor, la concesión del servicio será condicional.**

SEÑOR JEFE DE DIVISION POLICIA ADICIONAL
 S. / D.

SVC. Nº :

De mi consideración:

Me dirijo a Ud. a los efectos de solicitarle, la contratación del/los Servicio/s adicional/es, detallando a continuación datos personales y de la entidad a la que represento y del servicio requerido.

DATOS DE LA ENTIDAD

Form. Único 1/9/2013

RAZON SOCIAL..... C.U.I.L. O C.U.I.T.....
 NOMBRE COMERCIAL..... PROPIETARIO.....
 D.N.I. Nº. ; DOMICILIO FISCAL.....
 TELEFONOS FIJO/MOVIL.....- DOMICILIO PARTICULAR.....
 PERSONA AUTORIZADA POR LA ENTIDAD A CONTRATAR.....
 D.N.I. Nº..... T.E.:....., RELACIÓN CON LA ENTIDAD.....
 RESPONSABLE O ASESOR DE SEGURIDAD:.....
 D.N.I..... TEL.....-

REFERENCIAS DEL SERVICIO

RUBRO..... HABILITACION MUNICIPAL: SI NO
 VIGENCIA:..... Nº EXPTE.....-
 CAPACIDAD HABILITADA DE PERSONAS..... SERVICIO DE COBERTURA MEDICO ASISTENCIAL: SI NO EMPRESA..... TEL. SERVICIO ASISTENCIAL..... RESPONSABLE LEGAL.....-

LUGAR Y FECHA DE COBERTURA DEL SERVICIO

LUGAR..... DOMICILIO.....
 BARRIO..... JURISD. CRIA..... LOCALIDAD.....
 TEL/CELULAR..... FECHA DE COBERTURA..... HORARIO.....
 SE SOLICITA QUE EL SERVICIO SEA: CIVIL UNIFORMADO

FUNDAMENTACIÓN.....
 OBSERVACIONES.....

SEGURIDAD PRIVADA SI NO EMPRESA..... HABILITACION Nº..... CANTIDAD DE PERSONAL..... ARMAMENTO: SI NO
 PROPIETARIO..... DOMICILIO.....
 TEL/CEL..... RESPONSABLE O ASESOR DE SEGURIDAD.....

FIRMA AUTORIZADA POR LA ENTIDAD
 Aclaración y D.N.I.

FIRMA SOLICITANTE
 Aclaración y D.N.I.

LA PRESENTE INFORMACIÓN TIENE CARECTER DE DECLARACIÓN JURADA, **NO SE ACEPTARÁ EL FORMULARIO SI ESTE SE ECUENTRA TACHADO, SOBREESCRITO O CON LIQUIDO CORRECTOR.**

DIRECCION DE PRESTADORES PRIVADOS DE SEGURIDAD

EMPRESA AUTORIZADA: SI NO

Firma

DIVISION LIQUIDACION DE ADICIONALES Y GESTION DE COBROS/SECCION CONTRATACION DE ADICIONALES

SERVICIO AUTORIZADO: SI NO

SELLO DEPENDENCIA

NOTA: AL MOMENTO DE CONTRATAR EL SERVICIO DEBERA HACERLO CON EL D.N.I (ORIG Y FOTOCOPIA) CONSTANCIA DE INSCRIPCION AL A.F.I.P

FORMULARIO UNICO DE EVALUACION DE SERVICIOS ADICIONALES

PARA SER LLENADO EXCLUSIVAMENTE POR EL RESPONSABLE POLICIAL INTERVINIENTE
EVALUACION DEL SERVICIO (MARCAR CON UNA X)

EVENTUAL

MENSUAL

OBSERVACIONES.....

RESPONSABLE DE EVALUACION:.....

- NOTA: TODA EVALUACION DE SERVICIO ADICIONAL DISCONTINUO, DEBERA ESTAR ACOMPAÑADA DE LA NOMINA DE PERSONAL QUE CUBRIRA EL SERVICIO (NOTIFICADO). LA FALTA DE LA MISMA NO LE PERMITIRA AL CONTRATANTE REALIZAR EL CONTRATO
- LA DIVISION CONTRATACIONES EXTENDERA CONTRATO, SOLO EN CASO QUE ÉSTA, ESTE REALIZADA POR EL TITULAR DE DEPENDENCIA Y/U OF. JEFE RESPONSABLE Y CON CONOCIMIENTO DE UN OFICIAL SUPERIOR DEL DISTRITO. ASI MISMO INFORMARA A LA DIRECCION PLANIFICACION Y DISEÑO PREVENCIONAL, SI SE CONCRETO LA CONTRATACION DE ESTE SERVICIO.
- LOS OFICIALES JEFES RESPONSABLES DE LA EVALUACION DEBERAN EVALUAR EL SERVICIO CON PERSONAL Y ACCESORIOS SUFICIENTES Y NECESARIOS CONFORME A CADA SITUACION, A LOS EFECTOS DE GARANTIZAR LA SEGURIDAD.

ASIGNACION DE EFECTIVOS Y ELEMENTOS REQUERIDOS

- 1) LUGAR DE REALIZACION DEL SERVICIO.....
- 2) FECHA/S Y HORA/S:.....

FECHA Desde / / Hasta / /	HORARIO	CANT. DE TURNOS	CANT. DE EFECTIVOS	SEXO	CATEG.	EFFECT.
		DESDE			FEM.	A
B						
J						
E						
HASTA				MASC.	A	
					B	
					J	
					E	
	DESDE			FEM.	A	
					B	
					J	
					E	
	HASTA			MASC.	A	
					B	
					J	
					E	
	DESDE			FEM.	A	
					B	
					J	
					E	
	HASTA			MASC.	A	
					B	
					J	
					E	

3) ACCESORIOS A UTILIZAR (INDICAR CANTIDAD)

MOVILES	HORAS	CANES	TURNOS	MOTOS	HORAS	EQUINOS	TURNOS	OTROS

4) HORARIO DE COBERTURA PARA LOS ACCESORIOS.....

ENCARGADO DEL SERVICIO: D.N.I.....
 TELEFONO..... LUGAR DE REVISTA.....

NO SE ACEPTARÁ EL PRESENTE FORMULARIO SI SE ENCUENTRA TACHADO, SOBRESERITO, CON LIQUIDO CORRECTOR O CUALQUIER OTRO TIPO DE ADULTERACIÓN.-

.....
 Titular Dependencia u Of. Jefe Responsable

.....
 Of. Superior Supervisor