

DOCUMENTOS ACTA 06 CONT 080-20 SANDRA EDITH PUENTES



De <dolly.camacho@ibal.gov.co>

Destinatario <sgeneral@ibal.gov.co>

Fecha 2021-12-21 13:42

 ACTA PARCIAL 06 CTO 080-21.pdf (~16 MB)

ADJUNTO DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE PERTINENTE

Ibagué, 13 de Diciembre de 2021

Doctora
OLGA LUCIA LIEVANO RODRIGUEZ
Secretaria General
IBAL S.A. ESP. OFICIAL
Ibagué

R/Dow/C
13-DIC-21
5:22 ✓

REF: ENVIO SOPORTES PARA TRAMITE DE CUENTA DEL CONTRATO DE SERVICIO N° 080 del 02 de junio de 2021 – SANDRA EDITH PUENTES /MULTISERVICIOS FUNCIONALES.

Cordial Saludo:

Por medio de la presente me dirijo a usted con el fin de allegarle los soportes documentales originales para que obren dentro de la carpeta del archivo de Gestión de la Secretaria General, así como también las copias de los documentos que son requeridos por la oficina de contabilidad para el respectivo tramite de cuenta, para lo cual me permito relacionar al detalle los documentos que adjunto, de la siguiente manera:

DOCUMENTOS ACTA PARCIAL No. 06

1. FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. FESF – 87
2. ACTA PARCIAL No. 06
3. FICHA TECNICA DE EVALUACION Y REEVALUACION DE PROVEEDORES
4. INFORME TECNICO DEL SERVICIO
5. PLANILLA RESUMEN GENERAL DE PAGO SEGURIDAD SOCIAL DEL CONTRATISTA Y TRABAJADORES

Atentamente,



JAVIER PIEDRAHITA SARMIENTO
Profesional Especializado III Gestión Recursos Físicos
Y Servicios Generales

Proyectó// Jennifer C.



ACTA PARCIAL
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

CÓDIGO: GJ-R-033
FECHA VIGENCIA: 2021-07-15
VERSIÓN: 06
Página 1 de 2

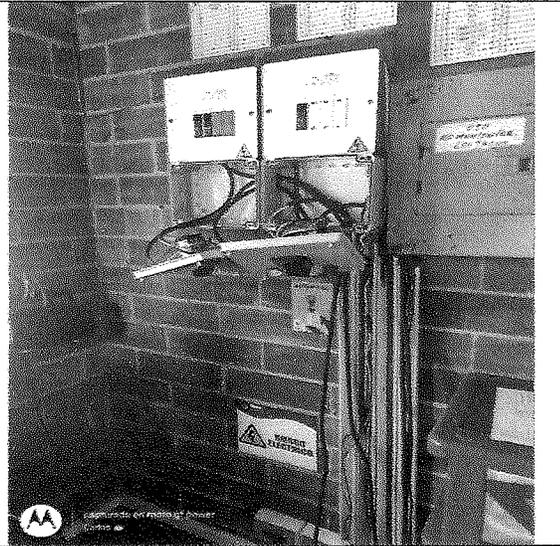
Contrato No.	080 DEL 02 DE JUNIO DE 2021.		
Objeto	"CONTRATAR EL SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LAS REDES DE TELEFONÍA, AIRES ACONDICIONADOS, REDES ELÉCTRICAS (INCLUYE ALARMAS), PLANTAS ELÉCTRICAS Y DE TODAS LAS INSTALACIONES ELÉCTRICAS DE PROPIEDAD DEL IBAL S.A ESP OFICIAL".		
Valor del Contrato	OCHENTA Y TRES MILLONES CIENTO VEINTICINCO MIL PESOS (\$83.125.000.00) MCTE.		
Contratista	SANDRA EDITH PUENTES DELGADO/ MULTISERVICIOS FUNCIONALES.		
Supervisor	JAVIER PIEDRAHITA SARMIENTO – Profesional Especializado III Gestión Recursos Físicos y Servicios Generales		
Fecha de Inicio	11 DE JUNIO DE 2021.		
Fecha de terminación	31 DE DICIEMBRE DE 2021.		
Plazo de Ejecución	SIETE (07) MESES.		
FECHA DE ELABORACIÓN DEL ACTA PARCIAL	Año	Mes	Día
	2021	12	13 ✓
En la ciudad de Ibagué, en la fecha antes indicada; contratista y supervisor suscriben la presente Acta Parcial No. 06 del contrato antes identificado. Para completar y soportar los trámites necesarios para su correspondiente pago.			
Periodo informado	11 de noviembre al 10 de diciembre de 2021. ✓		
Informe de las actividades desarrolladas y avaladas por el supervisor	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento preventivo, correctivo, revisiones y diagnóstico de las Redes Telefónicas. • Mantenimiento preventivo, correctivo, revisiones, inspección y diagnóstico de Aires Acondicionados. • Mantenimiento preventivo, correctivo, revisiones, inspección y diagnóstico a las Redes Eléctricas., (Cableado estructurado, dispositivos de conexión eléctrica, y demás elementos indispensables para este servicio). Incluye alarmas. • Documentos SSST. 		
Evidencias de la ejecución del contrato	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Informe con registro fotográfico. ➤ Solicitudes del servicio a las diferentes oficinas. 		
ESTADO DE CUENTA			
Valor Contrato	\$ 83.125.000.00		
Valor Acta No. 01	\$ 11.875.000.00		
Valor Acta No. 02	\$ 11.875.000.00		
Valor Acta No. 03	\$ 11.875.000.00		
Valor Acta No. 04	\$ 11.875.000.00		
Valor Acta No. 05	\$ 11.875.000.00		
Valor Acta No. 06	\$ 11.875.000.00		
Saldo (Valor pendiente para pago)	\$ 11.875.000.00		
APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL			
PERSONA NATURAL			
Entidad en donde se realiza el pago.	PLANILLAS SOI	Valor total del aporte	\$ 3.040.400.00
Planilla No.	7818763877	Salud	\$ 1.190.000.00
Periodo cotizado	De:	01 Noviembre	Pensión \$ 1.618.400.00
	Hasta:	30 Noviembre	ARL \$ 232.000.00



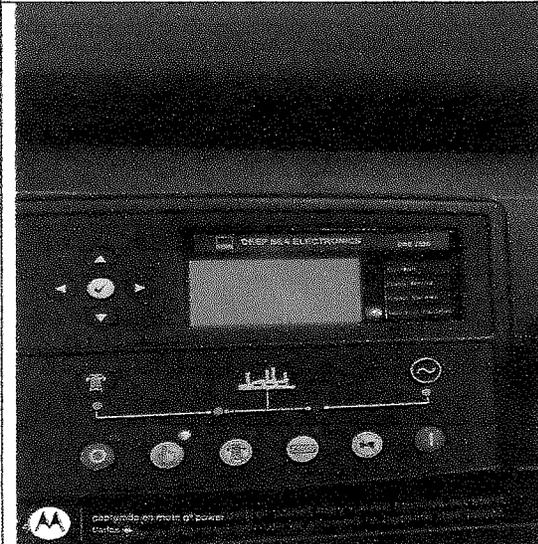
ACTA PARCIAL
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

CÓDIGO: GJ-R-033
FECHA VIGENCIA: 2021-07-15
VERSIÓN: 06
Página 2 de 2

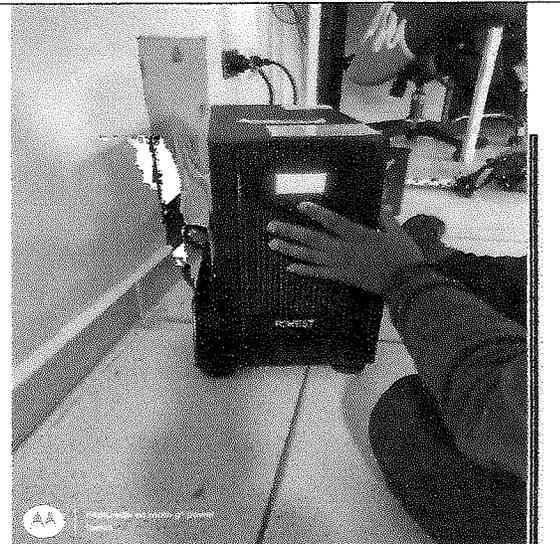
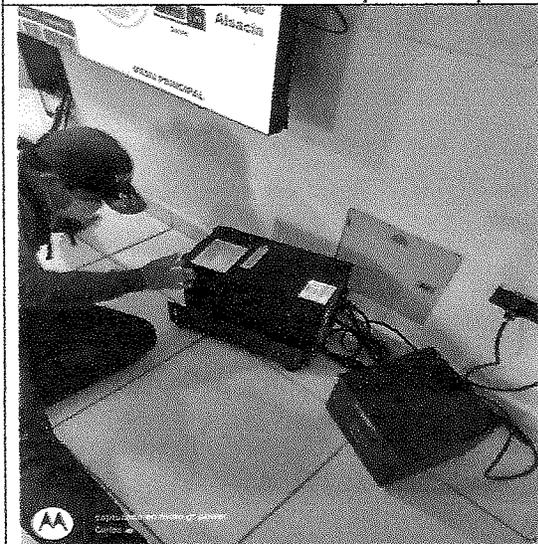
Entidad en donde se realiza el pago.	PLANILLAS SOI		Valor total del aporte	\$ 2.744.500.00
Planilla No.	7818764652		Salud	\$ 354.800.00
Periodo cotizado	De:	01 Noviembre	Pensión	\$ 1.417.800.00
	Hasta:	30 Noviembre	ARL	\$ 617.100.00
			CCF	\$ 354.800.00
ANEXOS:				Marque con x
Factura Electrónica de Venta				X
Informe Técnico Actividades realizadas del periodo del 11 de noviembre al 10 de diciembre de 2021				X
Copia planillas Resumen General de Pago de seguridad Social del Contratista y Empleados.				X
Documentos requeridos por el SSST – Constancia de afiliaciones a la ARL – Entrega de elementos de protección personal – Inspección de áreas y/o puestos de trabajo – Inspección de limpieza e higiene personal – Inspección mensual de herramientas y equipos eléctricos.				X
Firma				
Nombre	SÁNDRA EDITH PUENTES DELGADO		JAVIER PIEDRAHITA SARMIENTO	
	Contratista		Supervisor	
V° B° Profesional Salud Ocupacional IBAL	CLAUDIA COMBITA ZAMBRANO			



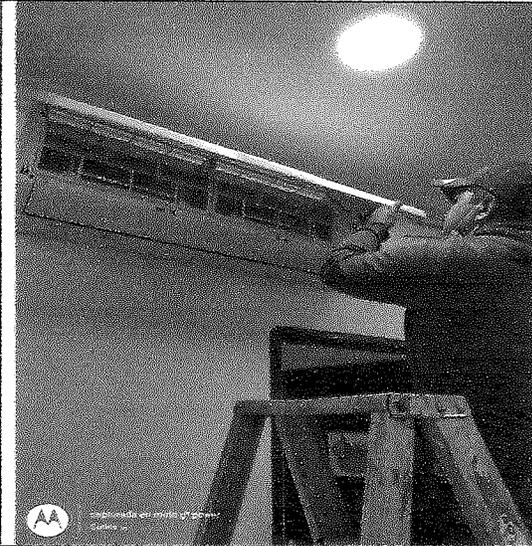
Revisión de UPS de laboratorio del tejtar



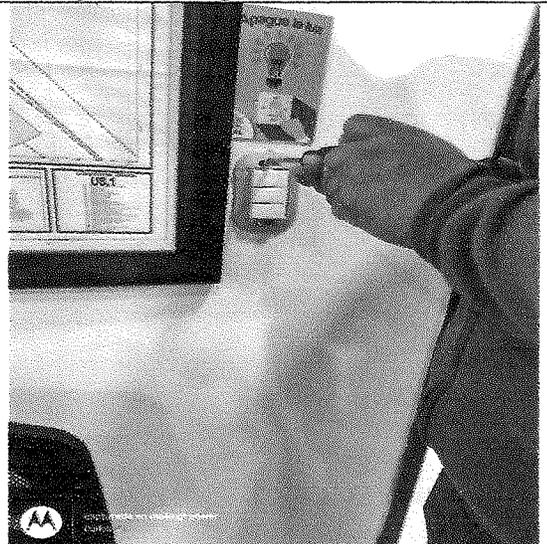
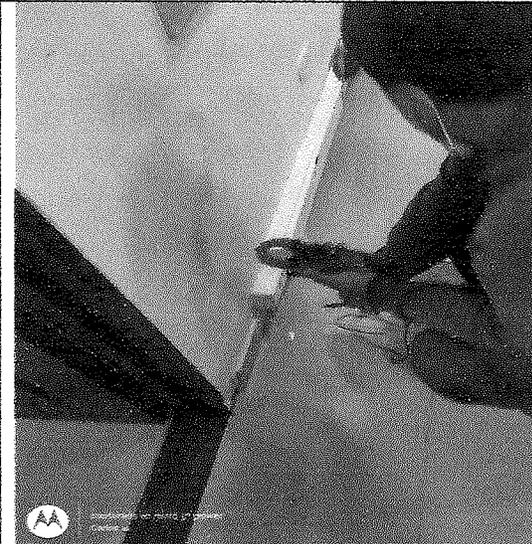
Tanqueo de planta eléctrica de la Pola



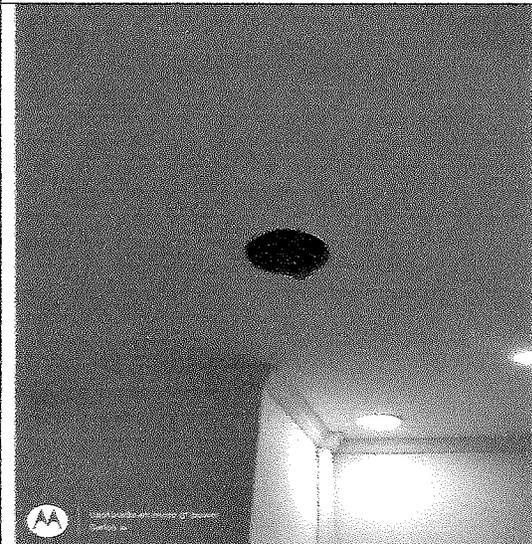
Revisión de UPS de planta 1



Revisión de circuitos sala de juntas de gerencia



Revisión de circuitos sala de juntas de gerencia

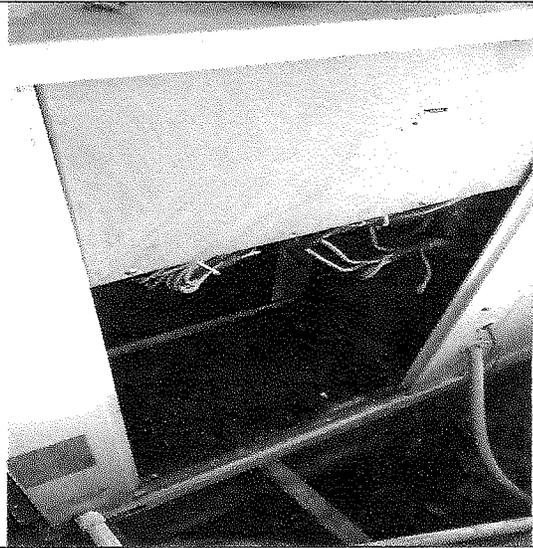


Revisión de circuitos sala de juntas de gerencia

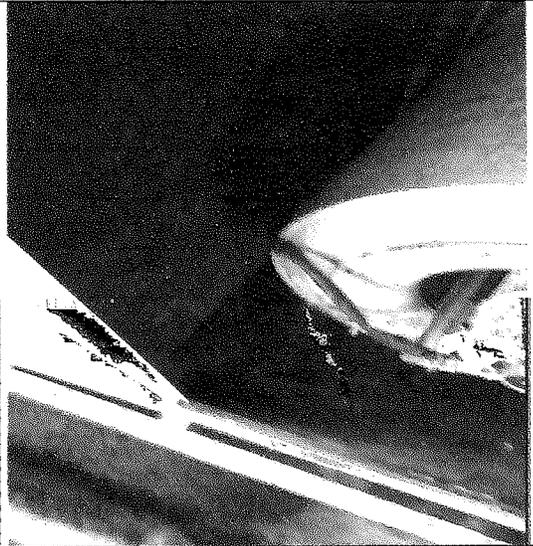
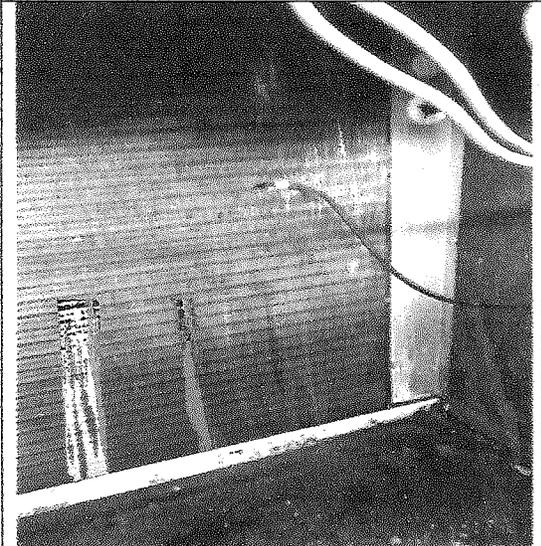
MultiServicios Funcionales

Núm. 66.744.442-1

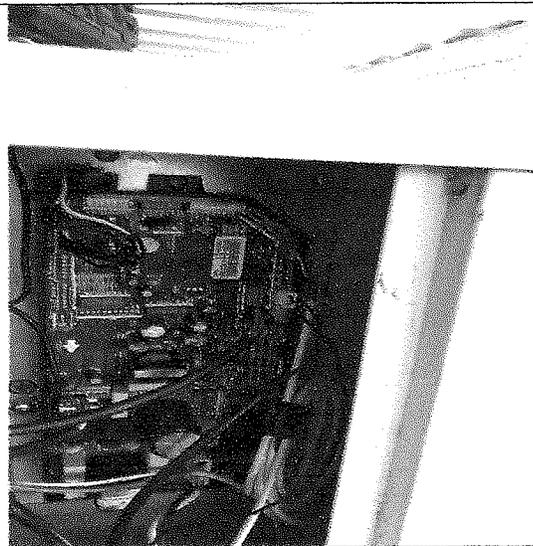
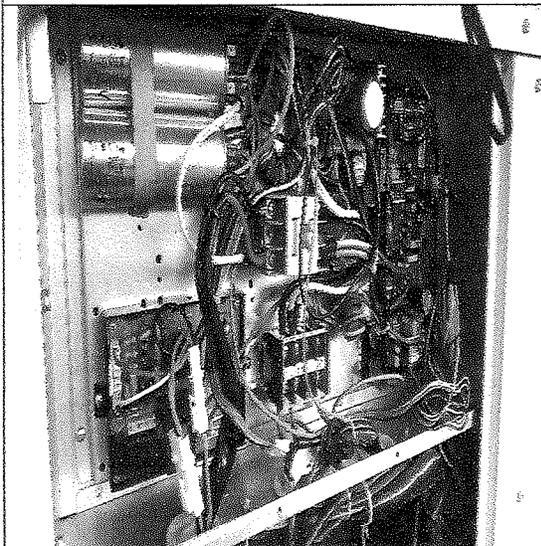
Comunicaciones, Telefonía,
Electricidad, Redes y
Refrigeración



Revisión de aire acondicionado de laboratorio de calidad



Revisión de aire acondicionado de laboratorio de calidad

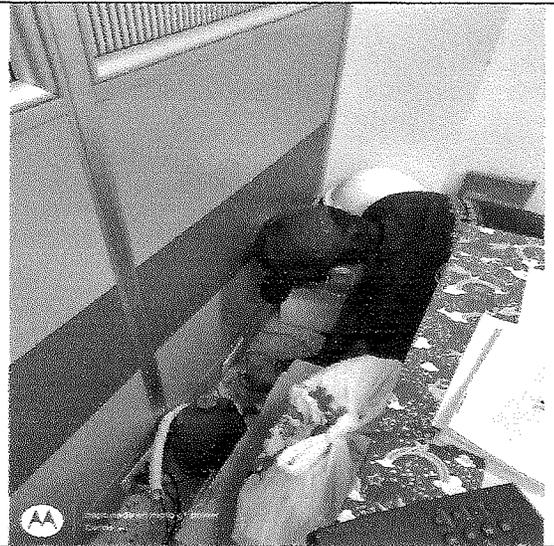
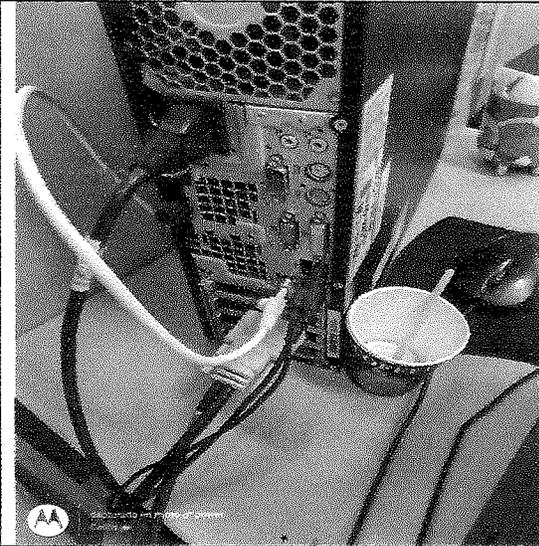


Revisión de aire acondicionado de laboratorio de calidad

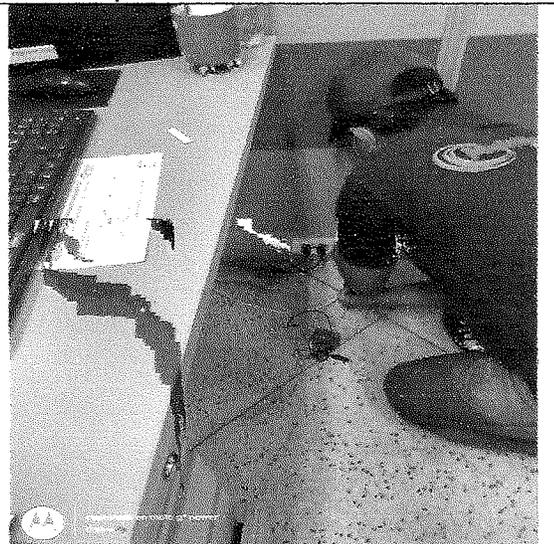
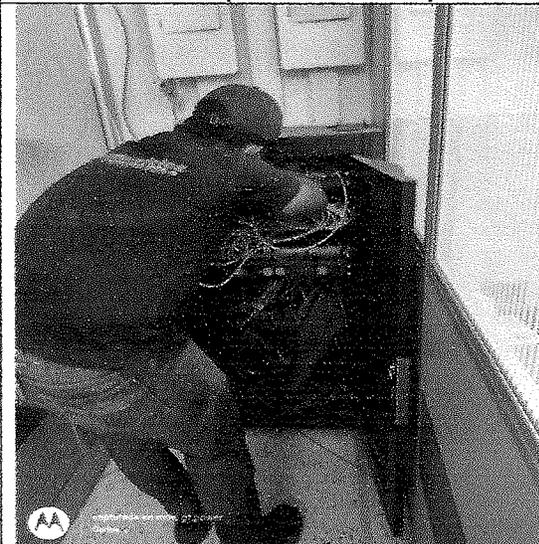
MultiServicios Funcionales

Nº: 65.744.442-1

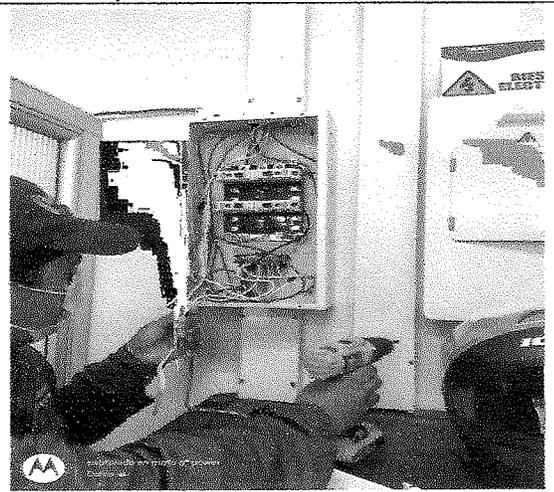
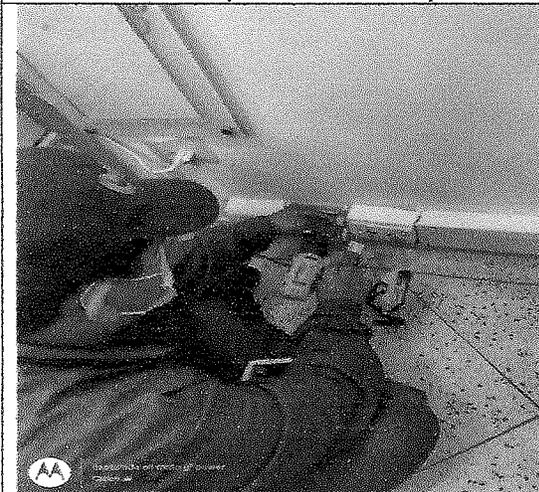
Comunicaciones, Telefonía,
Electricidad, Redes y
Refrigeración



Reparación de 2 puntos de red responsabilidad social



Reparación de 2 puntos de red responsabilidad social



Adecuación de oficina administrativa

MultiServicios Funcionales S.A. - Calle 100 No. 100-100, Bogotá, Colombia. Teléfono: 65.744.442-1. Correo electrónico: info@multiserviciosfuncionales.com

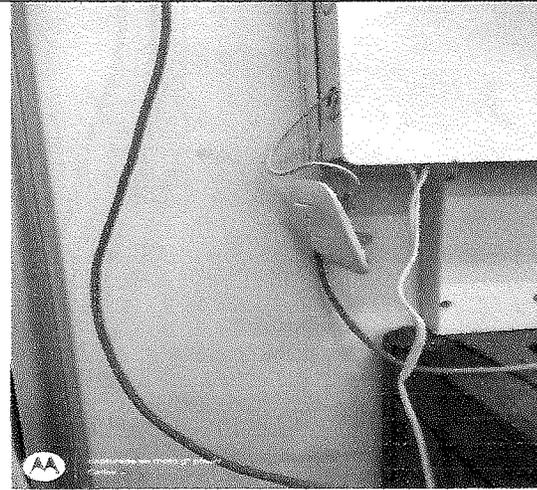
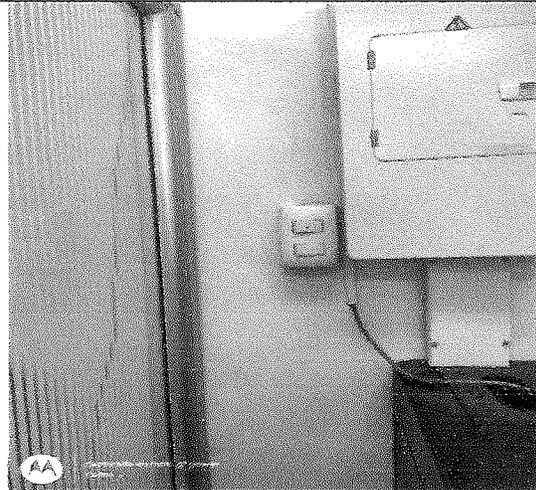
MultiServicios Funcionales

Nº: 66.744.443-1

Comunicaciones, Telefonía,
Electricidad, Redes y
Refrigeración



Adecuación de oficina administrativa



Adecuación de oficina administrativa



Instalación sensor de humo sistemas

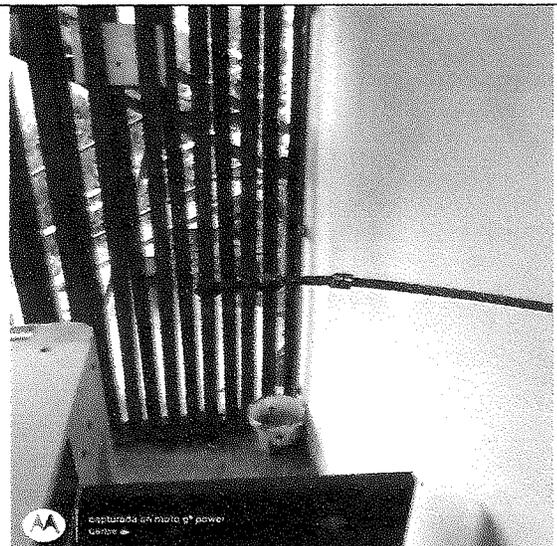
MultiServicios Funcionales

Tel: 551 744 442-1

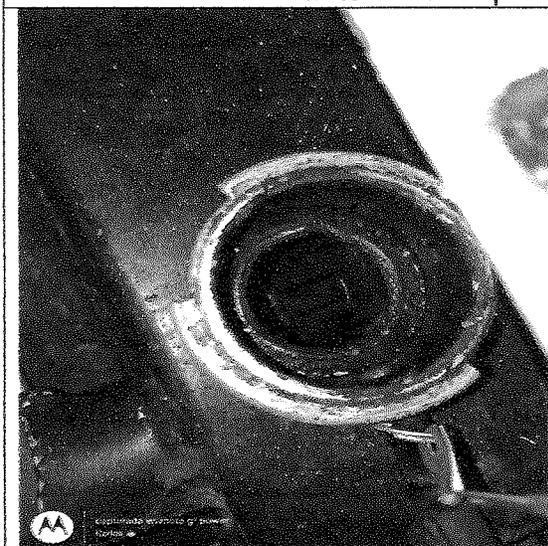
Comunicaciones, Telefonía,
Electricidad, Redes y
Refrigeración



Mantenimiento planta eléctrica combeima

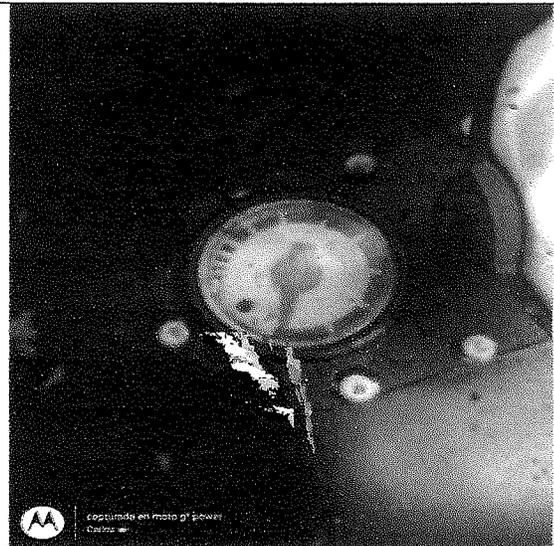
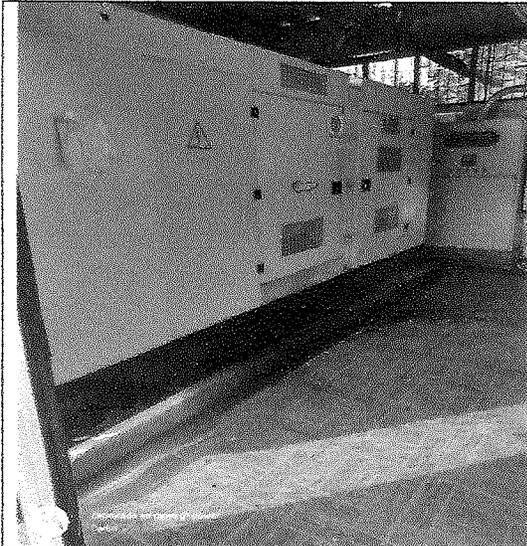


Mantenimiento planta eléctrica combeima

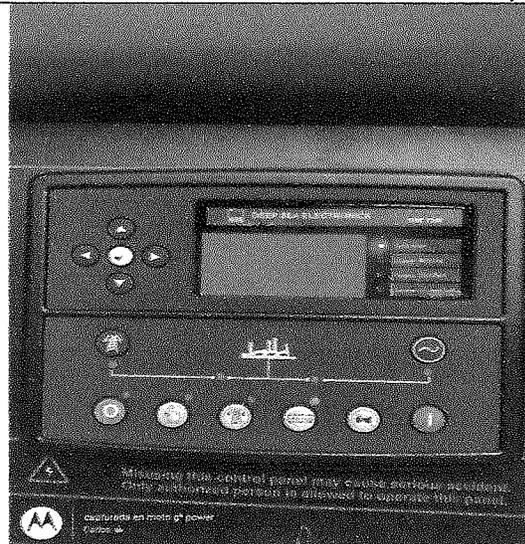


Mantenimiento planta eléctrica

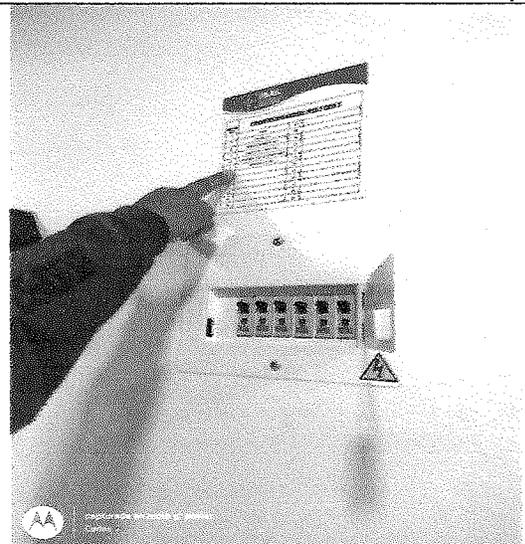
Mantenimiento aire gerencia secre



Mantenimiento planta eléctrica la Pola



Mantenimiento planta eléctrica la Pola

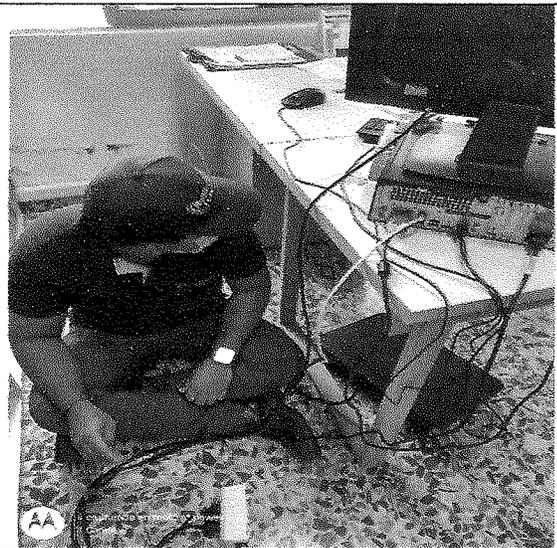


Revisión de circuitos en cadiz

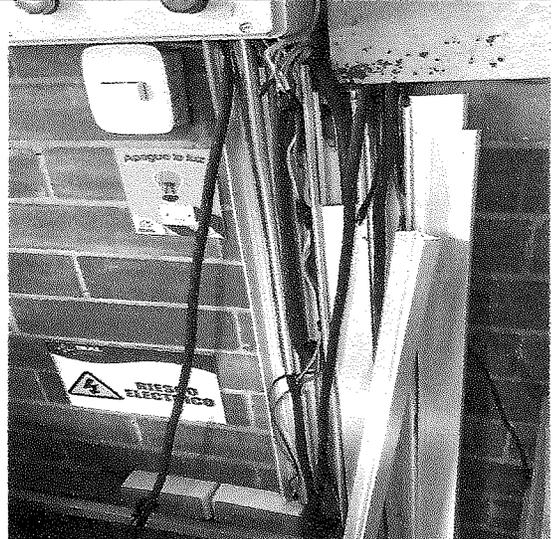
MultiServicios Funcionales

Nº: 65.744.442-9

Comunicaciones, Telefonía,
Electricidad, Reder y
Refrigeración

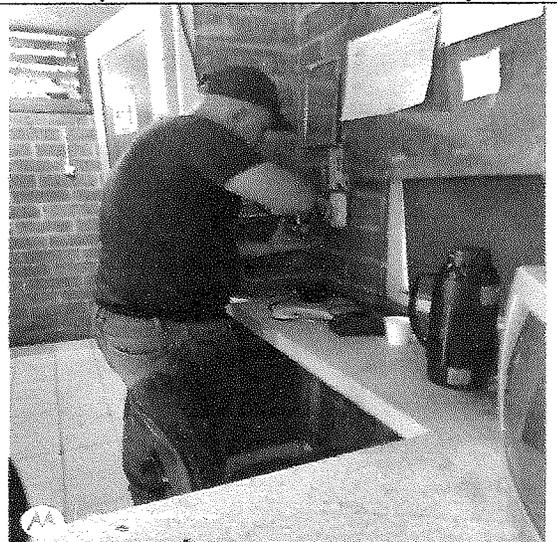
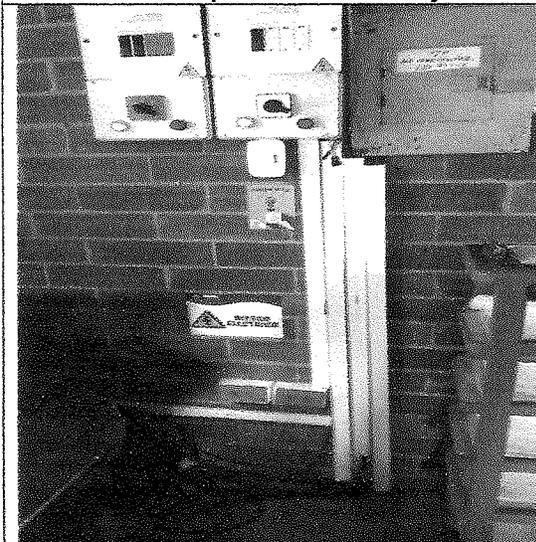


Adecuación puesto de trabajo SST



Adecuación puesto de trabajo SST

Reparaciones eléctricas el tejat

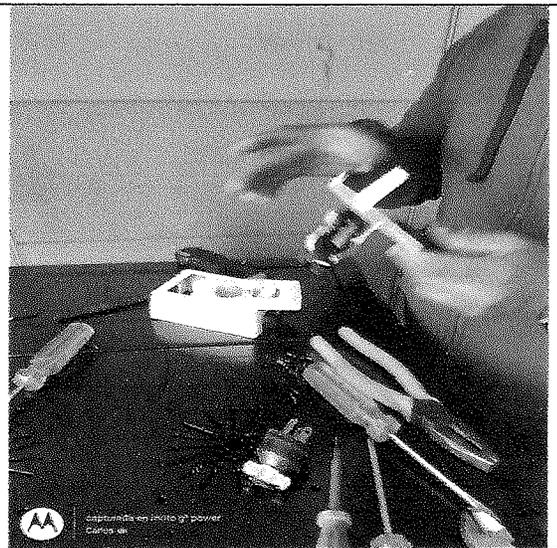


Reparaciones eléctricas el tejat

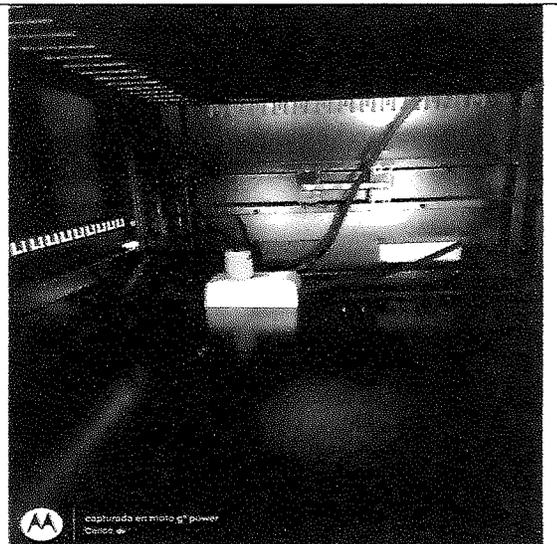
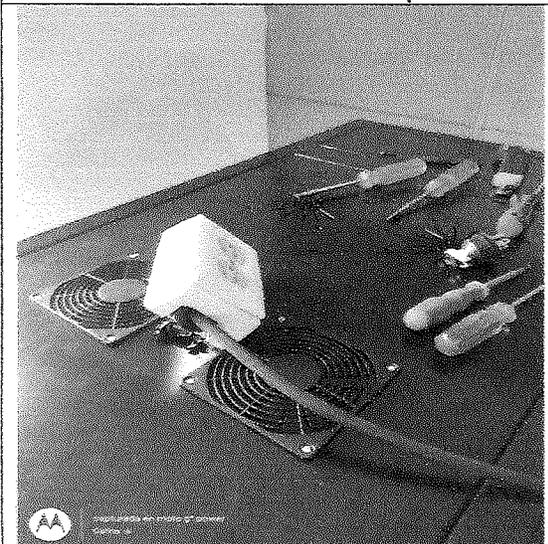
MultiServicios Funcionales

Nº: 651 744 443-1

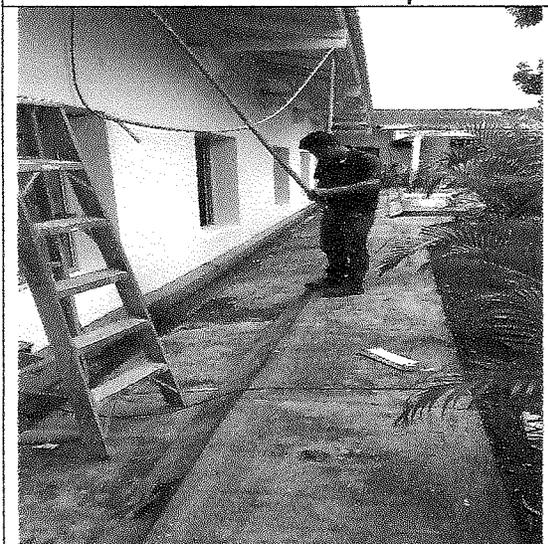
Comunicaciones, Telefonía,
Electricidad, Redes y
Refrigeración



Instalación de punto eléctrico en el servidor de la 15



Instalación de punto eléctrico en el servidor de la 15

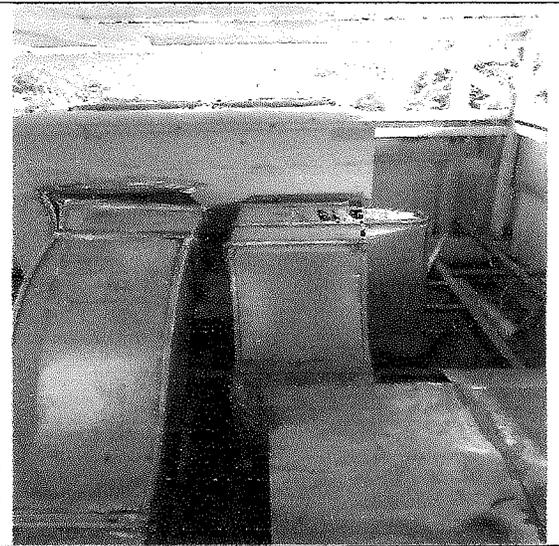
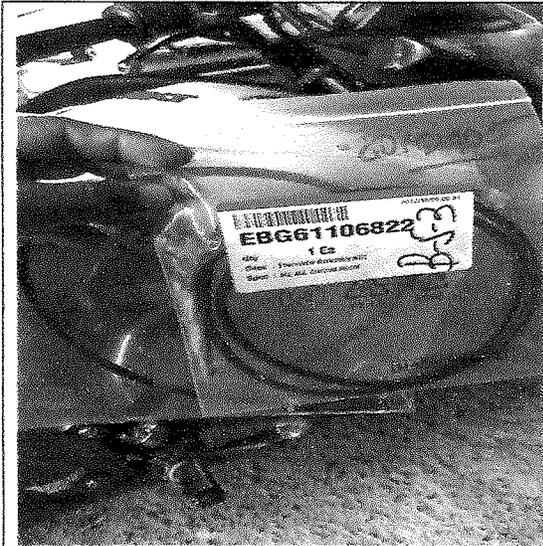


Adecuación de tuberías detrás de gerencia

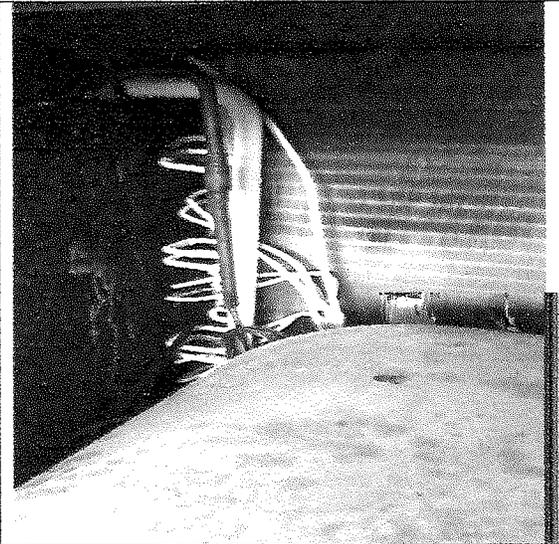
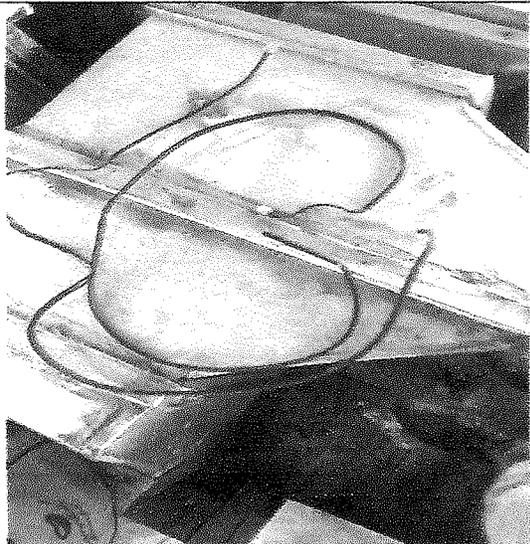
MultiServicios Funcionales

Nº: 99.744.442-1

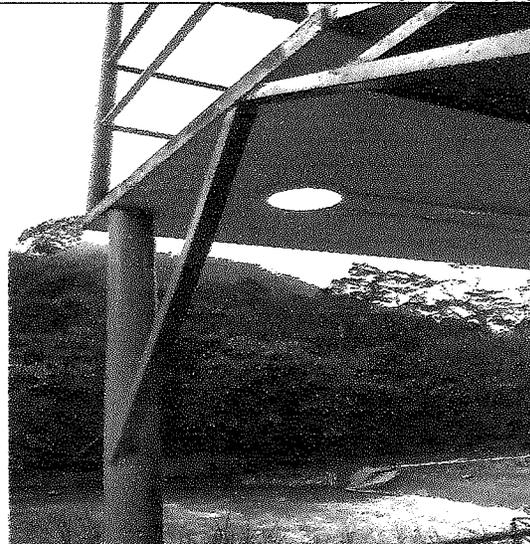
Comunicaciones, Telefonía,
Electricidad, Redes y
Refrigeración



Cambio de termocuplas equipo inverter laboratorio de calidad



Cambio de termocuplas equipo inverter laboratorio de calidad

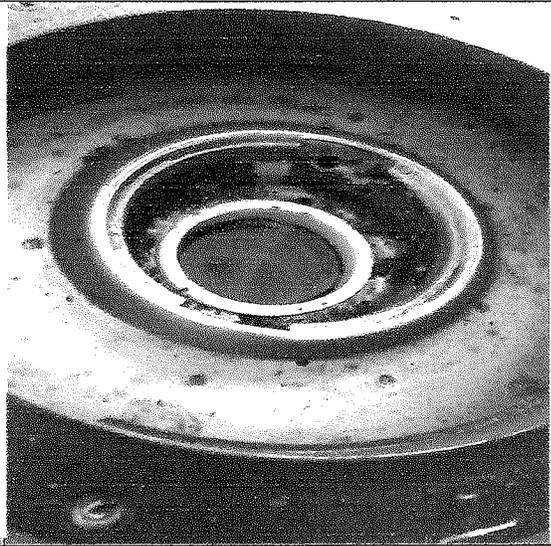


Cambio de iluminación escaleras bocatoma combeima

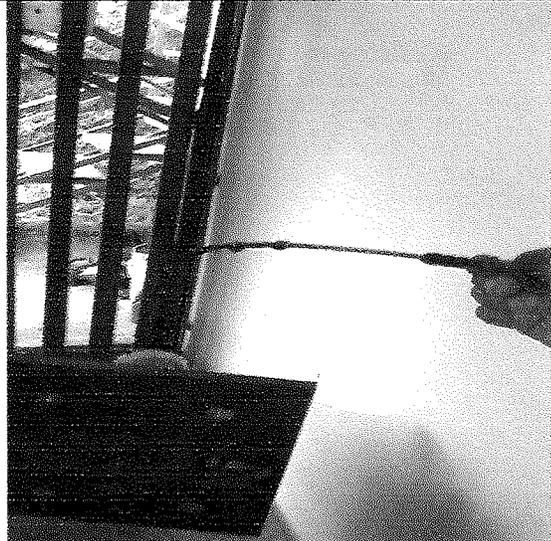
MultiServicios Funcionales

Nº: 65.744.442-1

Comunicaciones, Telefonía,
Electricidad, Redes Y
Refrigeración



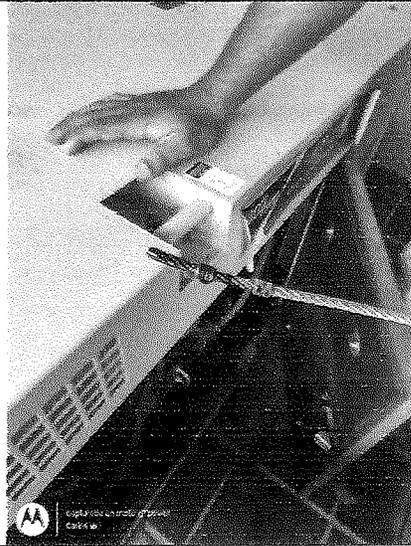
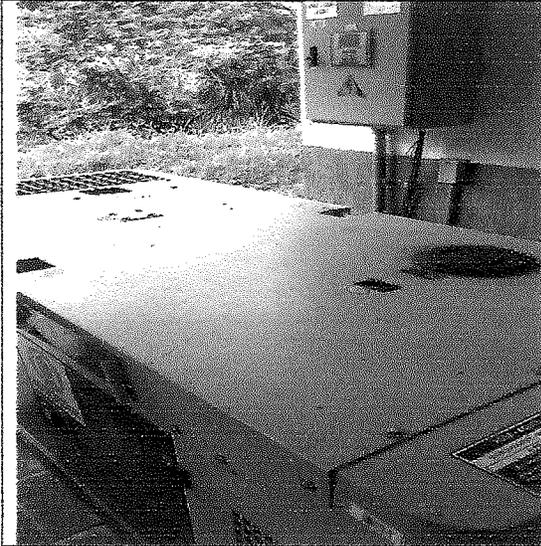
Mantenimiento planta eléctrica combeima



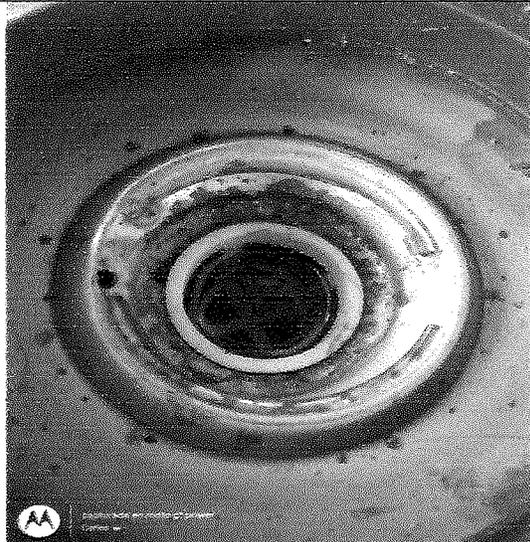
Mantenimiento planta eléctrica combeima



Mantenimiento planta eléctrica combeima



Mantenimiento planta eléctrica cay



Mantenimiento planta eléctrica cay



Adecuación punto eléctrico ambiental

MultiServicios Funcionales

Núm. 65.744.440-1

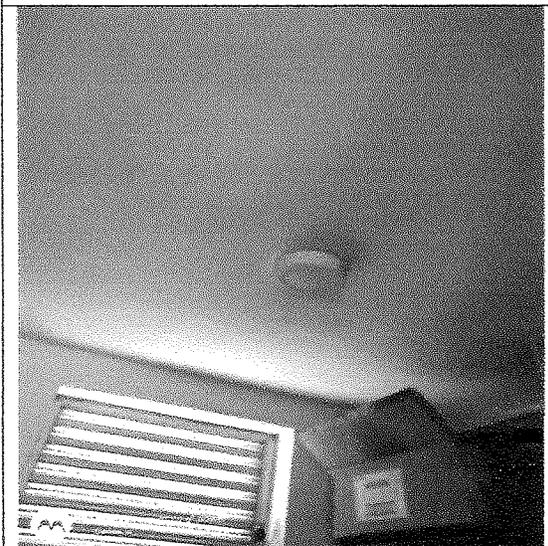
Comunicaciones, Telefonía,
Electricidad, Redes y
Refrigeración



Adecuación punto eléctrico ambiental



Cambio de iluminación portería la Pola

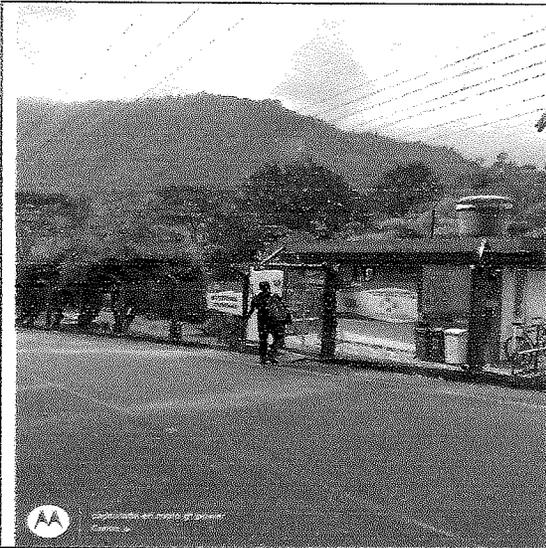


Cambio de iluminación portería la Pola

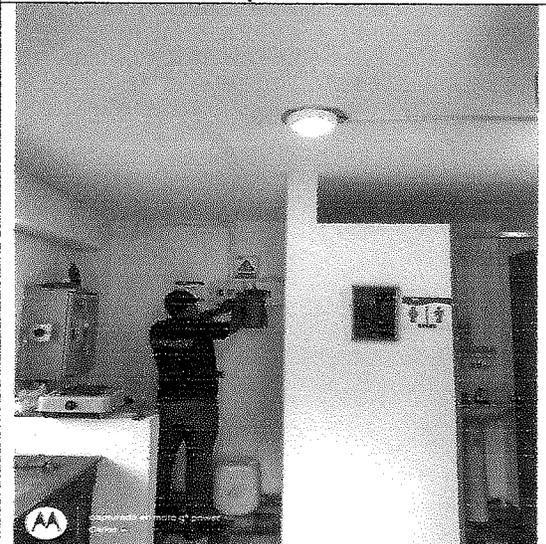
MultiServicios Funcionales

Nº: 65.744.442-3

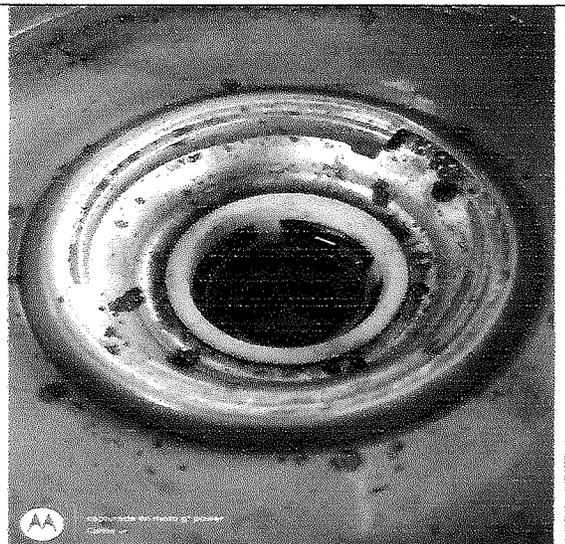
Comunicaciones, Telefonía,
Electricidad, Redes y
Refrigeración



Reparación de daño eléctrico bocatoma cambeima



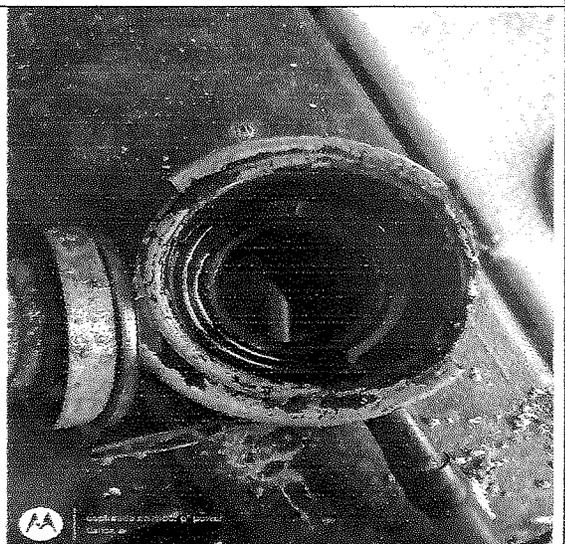
Reparación de daño eléctrico



Mant. Planta eléctrica chembe



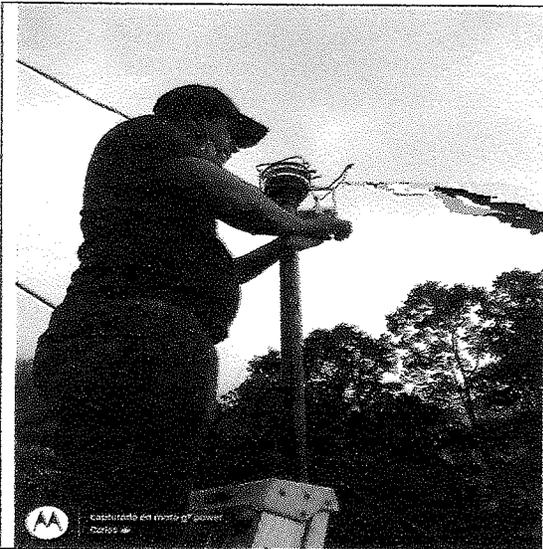
Mantenimiento planta eléctrica planta chembe



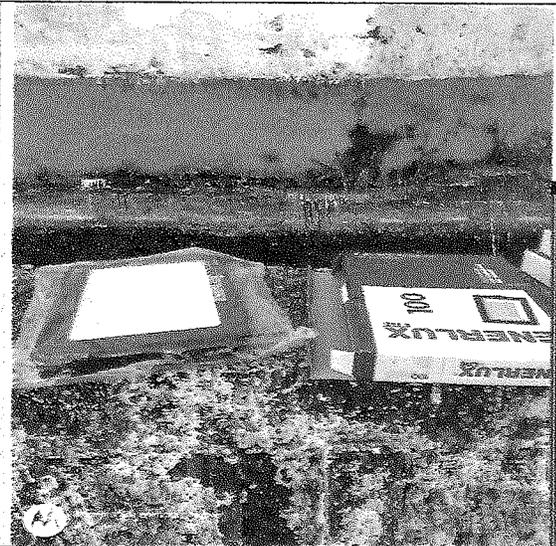
MultiServicios Funcionales

Nº: 65.744.443-1

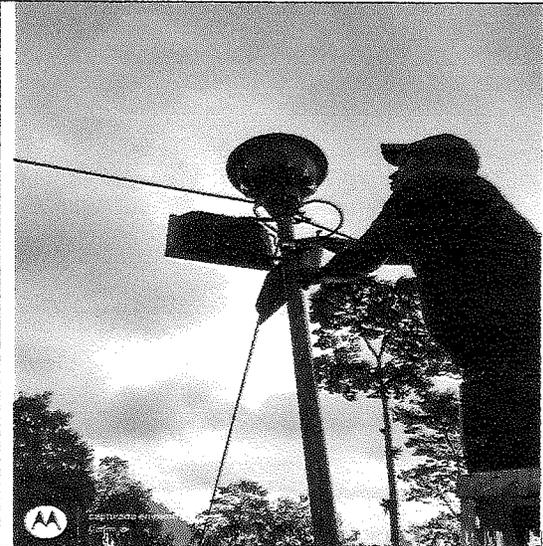
Comunicaciones, Telefonía,
Electricidad, Redes y
Refrigeración



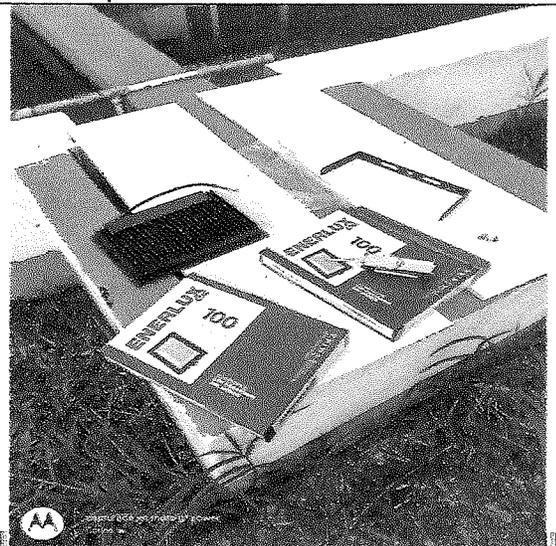
capturada en formato g3 power



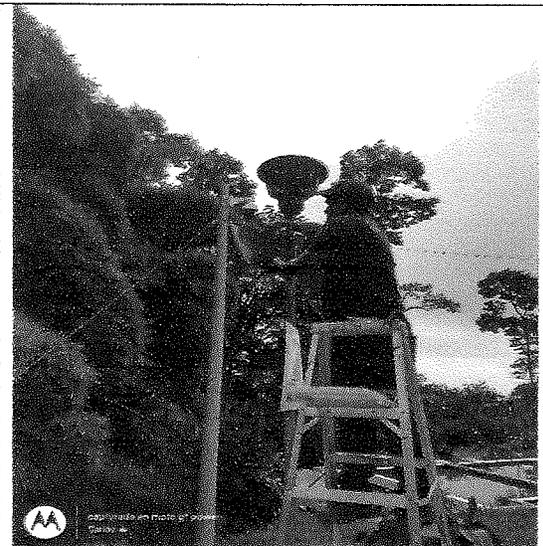
Cambio de 11 reflectores en planta chembe



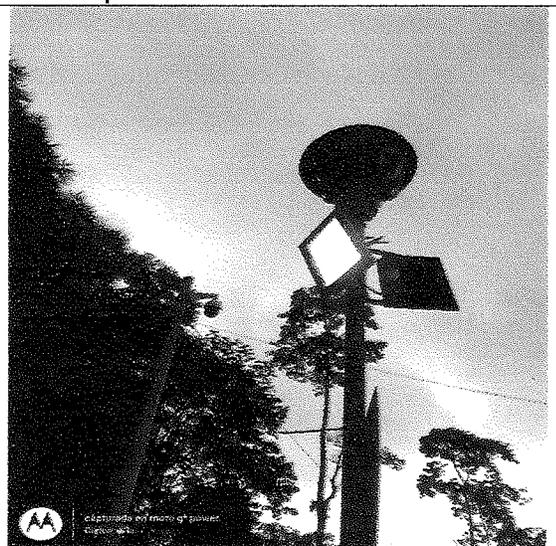
capturada en formato g3 power



Cambio de 11 reflectores en planta chembe



capturada en formato g3 power



capturada en formato g3 power

Cambio de 11 reflectores en planta chembe

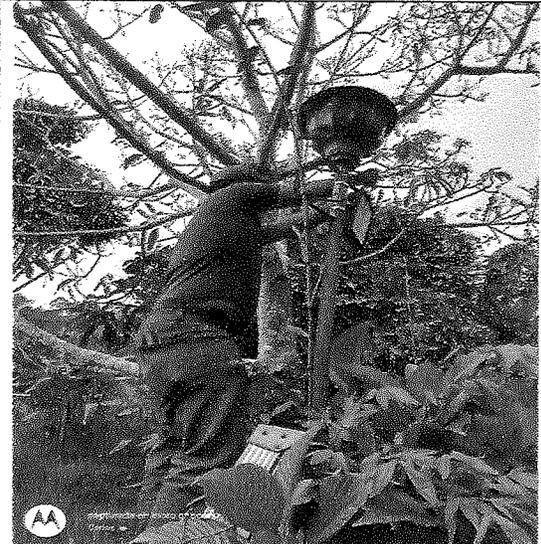
MultiServicios Funcionales

Núm. 65.744.442-1

Comunicaciones, Telefonía,
Electricidad, Redes y
Refrigeración



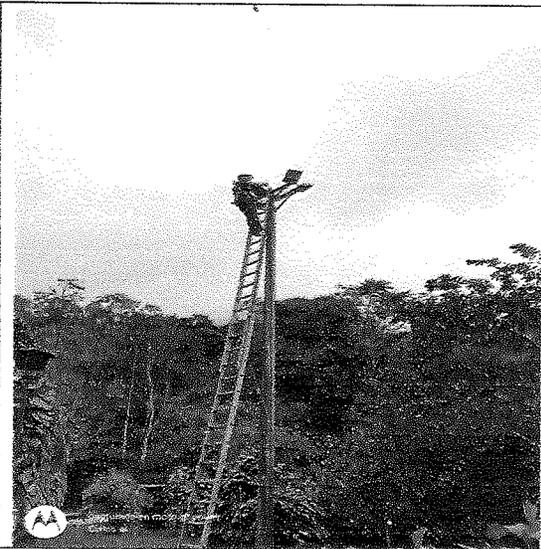
Cambio de 11 reflectores en planta chembe



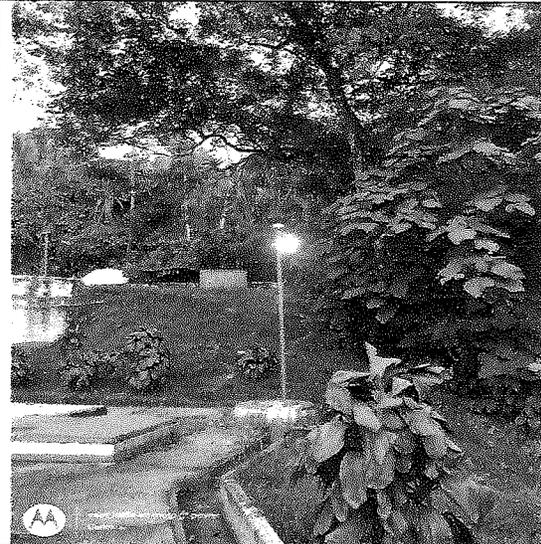
Cambio de 11 reflectores en planta chembe



Cambio de 11 reflectores en planta chembe



Cambio de 11 reflectores en planta chembe



Cambio de 11 reflectores en planta chembe



Cambio de 11 reflectores en planta chembe



INFORME DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

MULTISERVICIOS FUNCIONALES

NIT. 65744441-1

IBAGUE – TOLIMA

DICIEMBRE 10 2021

Cra 6 sur # 20^a – 26 barrio galán teléfono - 317 797 9630 – 314 732 6693 Ibagué Tol.
Multiserviciosfuncionales1@hotmail.com

TABLA DE REVISIONES

FECHA	ELABORÓ	REVISÓ
10/10/2021	Cargo: Asesor SST Licencia renovada 4446 /2019	Cargo: Representante Legal
	Nombre: NEYIRETH DELGADO	Nombre: Sandra Edith Puentes
FIRMA:		



OBJETIVO

Reportar a la Empresa Ibaguerena de Acueducto Y Alcantarillado IBAL las actividades de gestión e implementadas en SST y contenidas en el plan de trabajo anual de la empresa **Multiservicios Funcionales**.

INTRODUCCIÓN

El presente informe contiene las actividades mensuales implementadas por la empresa con el objeto de proteger la seguridad y salud de los trabajadores y la prevención de contagios por COVID-19, una vez declarada la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID 19, es de gran importancia hacer frente al virus mediante la implementación de acciones basadas en los lineamientos del gobierno nacional; Multiservicios funcionales desarrolla e implementa el Plan de Trabajo Anual y el protocolo general de bioseguridad y se compromete a implementar las actividades aquí contenidas destinadas a la prevención y control de los riesgos existentes en el desarrollo de las actividades para la protección de salud y seguridad de los trabajadores. A continuación se presentan las actividades desarrolladas entre **Noviembre 10 a Diciembre 10 del 2021**.

LEGISLACIÓN

- Decreto 1072 del 2015.
- Resolución 1409 del 2012.
- Ley 100 de 1993.

1. RELACIÓN DE PERSONAL

NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	CARGO
SERGIO DANIEL CASTILLO TRUJILLO	OFICIAL
CARLOS ANDRES SANCHEZ MARTINEZ	AUXILIAR ELÉCTRICO

Multiservicios Funcionales certifica la afiliación al Sistema De Seguridad Social de todo el personal y realiza el pago de acuerdo a lo establecido en la legislación colombiana. **ANEXO 1. PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL.**

2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

2.1 ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN/SENSIBILIZACIÓN

Multiservicios funcionales suministra los tiempos, espacios y recursos necesarios para la capacitación del personal propio en temas referentes a bioseguridad y seguridad y salud en el trabajo y aquellos con relación a los riesgos presentes:

- Cuidado Mental y Emocional.
- Uso seguro de escaleras portátiles.

2.2 ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Semanalmente el vigía de seguridad y salud en el trabajo hace entrega de elementos de protección personal a los trabajadores y cambio de ellos por daño o desgaste, se realiza revisión del porte y uso de EPP. Actualmente se implementa formato para la entrega de elementos de protección personal donde se especifica el tipo de EPP entregado, fecha y firma del trabajador. **ANEXO 3. FORMATO ENTREGA EPP.**

2.3 SEGUIMIENTO CONDICIONES DE SALUD:

Los trabajadores de manera diaria hacen el reporte de las condiciones de salud con el fin de monitorear e identificar síntomas relacionados con el COVID-19. Dicho reporte se realiza por medio de plataforma de ARL positiva y/o vía WhatsApp en el caso de falla de la plataforma de la ARL. **ANEXO 4**

2.4 ACCIDENTES DE TRABAJO:

En este periodo comprendido de **noviembre 10 a diciembre 10 del 2021** **NO** se presentó ningún tipo de incidente y/o accidentes de trabajo con el personal de Multiservicios temporales. **ANEXO 5. CERTIFICADO ACCIDENTALIDAD ARL POSITIVA.**

Como medida preventiva de los accidentes de trabajo se realiza inspección de los equipo de protección personal. **ANEXO 6**

2.5 INDICADORES MÍNIMOS DE SST:

*Para el análisis de indicadores se relaciona la información fecha de corte **Diciembre 10 del 2021.**

FRECUENCIA DE LOS ACCIDENTES NOVIEMBRE			
FORMULA	No DE ACCIDENTES	No DE TRABAJADORES MES	RESULTADO
Número de accidentes que se presentaron en el mes/ No de trabajadores en el mes * 100	0	2	0%

FRECUENCIA DE LOS ACCIDENTES DICIEMBRE			
FORMULA	No DE ACCIDENTES	No DE TRABAJADORES MES	RESULTADO
Número de accidentes que se presentaron en el mes/ No de trabajadores en el mes * 100	0	2	0%

SEVERIDAD DE LOS ACCIDENTES NOVIEMBRE			
FORMULA	No de Días de Incapacidad	No DE TRABAJADORES EN EL MES	RESULTADO
Número de días de incapacidad por accidente de trabajo en el mes + Número de días cargados en el periodo / Número de trabajadores en el mes * 100	0	2	0%

SEVERIDAD DE LOS ACCIDENTES DICIEMBRE			
FORMULA	No de Días de Incapacidad	No DE TRABAJADORES EN EL MES	RESULTADO
Número de días de incapacidad por accidente de trabajo en el mes + Número de días cargados en el periodo / Número de trabajadores en el mes * 100	0	2	0%



2.6 PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS/INSPECCIÓN:

Multiservicios Funcionales dentro de sus medidas de control para el riesgo que genera el trabajo en alturas cuenta con personal certificado para trabajo seguro en alturas según la Resolución 1409 del 2012; quienes diligencian el formato de permiso de trabajo en alturas e inspección para los trabajos ocasionales y rutinarios según corresponda. **ANEXO 7**
PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS



ANEXO 1

PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL

Cra 6 sur # 20^a – 26 barrio galán teléfono - 317 797 9630 – 314 732 6693 Ibagué Tol.
Multiserviciosfuncionales1@hotmail.com



**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO**



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 65744442
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	SANDRA EDITH PUENTES DELGADO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	CRA 6SUR # 20A 26 TELÉFONO:	2700403
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	7818763877	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: noviembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES: noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2021	SALUD:	AÑO: 2021
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/12/01	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1224549298

LIQUIDACIÓN GENERAL					
				TOTALES	
				COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
800229739	230201	230201- PROTECCION		1	\$ 1.618.400
SUBTOTAL:				1	\$ 1.618.400
SALUD					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
805000427	EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.		1	\$ 1.190.000
SUBTOTAL:				1	\$ 1.190.000
RIESGOS PROFESIONALES					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.		1	\$ 232.000
SUBTOTAL:				1	\$ 232.000

TOTAL PAGADO:	\$ 3.040.400
----------------------	---------------------



**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO**



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 65744442
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	SANDRA EDITH PUENTES DELGADO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	CRA 6SUR # 20A 26 TELÉFONO:	2700403
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		SI

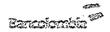
DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	✓ 7818764652	TIPO DE PLANILLA: E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: noviembre	PERIODO COTIZACIÓN MES: diciembre ✓
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2021	SALUD: AÑO: 2021
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/11/30	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1224141198

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	4	\$ 581.600
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 145.400
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	\$ 145.400
800224808	230301	230301-PORVENIR	3	\$ 545.400
SUBTOTAL:			9	\$ 1.417.800
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
830003564	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	\$ 36.400
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	\$ 36.400
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	\$ 36.400
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	4	\$ 169.200
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	\$ 40.000
901097473	EPS044	EPS044-MEDIMÁS	1	\$ 36.400
SUBTOTAL:			9	\$ 354.800
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800211025	CCF48	CCF48-CONFATOLIMA	9	\$ 354.800
SUBTOTAL:			9	\$ 354.800
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	9	\$ 617.100
SUBTOTAL:			9	\$ 617.100

TOTAL PAGADO:	\$ 2.744.500
----------------------	---------------------



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA				
TIPO IDENTIFICACION: NOMBRE O RACION SOCIAL: CUCUMBALESDIPTO	CEDELA DE CIUDADANIA: 00000000000000000000	NUMERO DE IDENTIFICACION: 00000000000000000000	BAJADA EDITH PUENTES DELANO	NUMERO PLANILLA: 7818764662	MES: 0	PERIODO COTIZACION SALUD: 2021	TIPO DE PLANILLA: MGS	EMPLAOS: 6
TIPO EMPRESA: TIPO EMPLEADO: FORMA DE REPRESENTACION: APORTANTE EXCENOTADO PAGO APORTES SALUD, CENA E ICDF (REFORMA TRIBUTARIA)	ISLAQUE: ORA EDY R SISA 33	DEPARTAMENTO: TELEFONO: 0000000000	Actividad regulada y facultades de la act.	FECHA DE EMISION: 20210102	PERIODO COTIZACION OTROS: 0	FECHA PAGO (BASE ANUAL): 20210102	NUMERO AUTORIZACION: 122141130	

TOTAL APORTES A PENSION													
ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	NOMBRE	NO. COTIZANTES	COTIZACION	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	COTIZANTE	DESARROLLO	DEPORTES Y RECREACION	OTROS	OTROS	OTROS	TOTALES	VALOR PAGADO
EPASUR	EPASUR	EPASUR	1	\$ 142,400	0	0	0	0	0	0	0	\$ 142,400	\$ 142,400
EPASUR	EPASUR	EPASUR	3	\$ 427,200	0	0	0	0	0	0	0	\$ 427,200	\$ 427,200
EPASUR	EPASUR	EPASUR	4	\$ 572,800	0	0	0	0	0	0	0	\$ 572,800	\$ 572,800
SUB-TOTALES:			8	\$ 1,142,400	0	0	0	0	0	0	0	\$ 1,142,400	\$ 1,142,400

TOTAL APORTES A SALUD													
ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	NOMBRE	NO. COTIZANTES	INDICACION POR ENFERMEDAD	VALOR	INDICACION POR LICENCIA MATERNICIDAD	VALOR	PLANILLA	VALOR	LIQUIDACION	OTROS	TOTALES	VALOR PAGADO
EPASUR	EPASUR	EPASUR	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EPASUR	EPASUR	EPASUR	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EPASUR	EPASUR	EPASUR	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EPASUR	EPASUR	EPASUR	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EPASUR	EPASUR	EPASUR	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUB-TOTALES:			4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES A REDES PROFESIONALES													
ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	NOMBRE	NO. COTIZANTES	INDICACION POR ENFERMEDAD	VALOR	INDICACION POR LICENCIA MATERNICIDAD	VALOR	PLANILLA	VALOR	LIQUIDACION	OTROS	TOTALES	VALOR PAGADO
EPASUR	EPASUR	EPASUR	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EPASUR	EPASUR	EPASUR	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EPASUR	EPASUR	EPASUR	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EPASUR	EPASUR	EPASUR	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUB-TOTALES:			4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR													
ADMINISTRADORA	ADMINISTRADORA	NOMBRE	NO. COTIZANTES	INDICACION POR ENFERMEDAD	VALOR	INDICACION POR LICENCIA MATERNICIDAD	VALOR	PLANILLA	VALOR	LIQUIDACION	OTROS	TOTALES	VALOR PAGADO
EPASUR	EPASUR	EPASUR	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EPASUR	EPASUR	EPASUR	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EPASUR	EPASUR	EPASUR	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EPASUR	EPASUR	EPASUR	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUB-TOTALES:			4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

DATOS DEL COTIZANTE	NUEVEDADES	PENSION	SEGURIDAD SOCIAL	ASAP	PARAFISCALES										
NO.	IDENTIFICACION	TIPO	VALOR	NO.	IDENTIFICACION	TIPO	VALOR	NO.	IDENTIFICACION	TIPO	VALOR	NO.	IDENTIFICACION	TIPO	VALOR
01	00000000000000000000	EPASUR	\$ 142,400	01	00000000000000000000	EPASUR	\$ 142,400	01	00000000000000000000	EPASUR	\$ 142,400	01	00000000000000000000	EPASUR	\$ 142,400
02	00000000000000000000	EPASUR	\$ 427,200	02	00000000000000000000	EPASUR	\$ 427,200	02	00000000000000000000	EPASUR	\$ 427,200	02	00000000000000000000	EPASUR	\$ 427,200
03	00000000000000000000	EPASUR	\$ 572,800	03	00000000000000000000	EPASUR	\$ 572,800	03	00000000000000000000	EPASUR	\$ 572,800	03	00000000000000000000	EPASUR	\$ 572,800
04	00000000000000000000	EPASUR	\$ 718,400	04	00000000000000000000	EPASUR	\$ 718,400	04	00000000000000000000	EPASUR	\$ 718,400	04	00000000000000000000	EPASUR	\$ 718,400

ANEXO 2.

EVIDENCIA CAPACITACIONES/SENSIBILIZACIONES

- Cuidado mental y emocional
- Uso seguro de escaleras portátiles

CUIDADO MENTAL Y EMOCIONAL - REDUCCIÓN DEL ESTRES

MULTISERVICIOS GENERALES

Correo *

liamvale2018@gmail.com

Nombres y Apellidos

Sergio Daniel Castillo Trujillo

Cedula de Ciudadania

1110499851

Cargo

Oficial eléctrico

Describa dos pensamientos positivos que pueda aplicar en el cuidado mental

Todo a su tiempo, soy solución no problema

Nombre dos estrategias que utilizaría para reducir el estrés.

Pausas activas, parar respirar y seguir adelante

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

CUIDADO MENTAL Y EMOCIONAL - REDUCCIÓN DEL ESTRES

MULTISERVICIOS GENERALES

Correo *

krlossan2487@gmail.com

Nombres y Apellidos

Carlos Andrés Sánchez Martínez

Cédula de Ciudadanía

1110461925

Cargo

Ayudante eléctrico

Describa dos pensamientos positivos que pueda aplicar en el cuidado mental

1 Me arriesgaré 2 Voy a intentarlo de nuevo .

Nombre dos estrategias que utilizaría para reducir el estrés.

1 Realizar ejercicios de respiración profunda 2 delegar tareas cuando sea posible

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

USO CORRECTO DE ESCALERAS PORTATILES

Multiservicios Funcionales

Correo *

liamvale2018@gmail.com

Nombres y Apellidos *

Sergio Castillo

Cédula de Ciudadanía *

1110499851

Nombres cuatro medidas de seguridad para el uso correcto de la escaleras portátiles *

La escalera debe estar en ángulo de 70-75 grados de la pared al piso en una relación 4 a 1,. Al transportarla debe tomarse de su centro de equilibrio, al subir a una superficie la escalera debe sobrepasar por lo menos 1 muy para que sirva de pasamanos y su es metálica no almacenar junto a circuitos electeicos

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

USO CORRECTO DE ESCALERAS PORTATILES

Multiservicios Funcionales

Correo *

krlossan2487@gmail.com

Nombres y Apellidos *

Carlos Andrés Sánchez Martínez

Cédula de Ciudadanía *

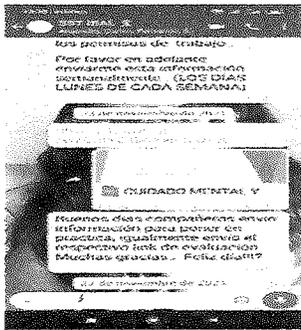
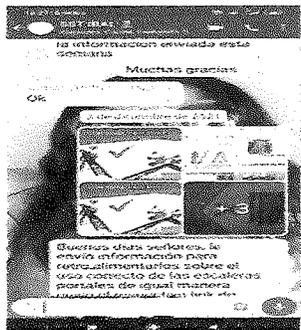
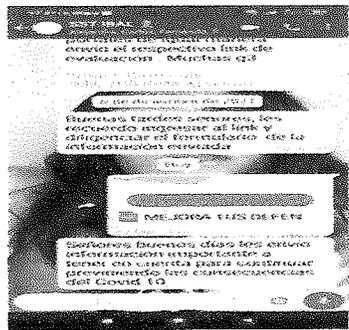
1110461925

Nombres cuatro medidas de seguridad para el uso correcto de la escaleras portátiles *

- 1 no subir más del antepenultimo peldaño
- 2 el ángulo de apertura de una escalera de tijera debe ser de 30grados
- 3 no utilizarlas para transportar materiales
- 4 antes de subirse ala escalera verifique q está bien apoyada y sujeta

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

CAPACITACION	FECHA	MEDIO	EVIDENCIA
<p>Capacitación cuidado mental y emocional</p>	<p>23/11/2021</p>	<p>Grupo whatsapp- Virtual</p>	 <p>Los protocolos de trabajo... Para tener en adelante... evidencia esta información... sistemáticamente. (LOS DIAS... LUNES DE CADA SEMANA)</p> <p>CUIDADO MENTAL Y</p> <p>Algunos días no necesariamente... reiteraciones para poder ser... prácticas, igualmente servir... al compromiso más de... Muestras gratuitas... Puede chat??</p>
<p>Uso seguro de escaleras portátiles</p>	<p>03/10/2021</p>	<p>Grupo Whatsapp Virtual</p>	 <p>La información enviada... seguiría</p> <p>Muestras gratuitas</p> <p>Ok</p> <p>¿Quieres esta... sección de información... para... recomendaciones sobre el... uso correcto de las... portátiles de igual... manera... ¿Puede chat??</p>
<p>Mejora tus defensas para prevenir el Covid 19</p>	<p>09/12/2021</p>	<p>Video</p>	 <p>¿Quieres esta... sección de información... para... recomendaciones sobre el... uso correcto de las... portátiles de igual... manera... ¿Puede chat??</p> <p>MEJORA TUS DEFENSAS</p> <p>¿Quieres esta... sección de información... para... recomendaciones sobre el... uso correcto de las... portátiles de igual... manera... ¿Puede chat??</p>



ANEXO 3

FORMATO ENTREGA EPP

Cra 6 sur # 20^a – 26 barrio galán teléfono - 317 797 9630 – 314 732 6693 Ibagué Tol.
Multiserviciosfuncionales1@hotmail.com

ANEXO 5

INSPECCIÓN EPP

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
SUMINISROS FUNCIONALES
FORMATO DE INSPECCIÓN DE EPP

COD: SST.F.008

VERSIÓN: 001

may-20

FECHA: 11-12 -2021		SEDE: IBAL		OBJETIVO INSPECCIÓN: Verificar el estado de los EPP															
Item	Nombre Trabajador	Cargo	TRAJE QUIRURGICO DESECHABLE	BATA MANGA LARGA DESECHABLE	OVEROL DESECHABLE y /o kev	GORRO DESECHABLE	POJAINAS	M95	MASCARILLAS QUIRURGICA	GUANTES DE DE VAQUETA	GUANTES DE CAUCHO	BOTAS INDUSTRIALES	CARETA	GUANTES DE LATEX/NIETRUCO	MONOGAFAS (siliconadas + convencionales)	Trabajo en alturas	Cartucho químico	Otro	OBSERVACIONES
1	SERGIO DANIEL CASTILLO TRUJILLO	Oficial	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	B	NA	B	NA	B	B	B	NI	B	Se le informac al personal no hacer uso por ningun motivo de ames dado de baja, de IguI manera se informa la representante legal sobre el recto de ames fuera de uso. Al inspeccionar el casco de observa el trabajador no hace uso del barbuquejo
2	CARLOS ANDRES SANCHEZ MARTINEZ	Auxiliar eléctrico	NA	NA	NA	NA	B	NA	NA	B	NA	B	NA	B	B	B	NI	B	Al inspeccionar el casco de observa el trabajador no hace uso del barbuquejo
3																			
4																			
5																			
CONVENCIONES										ACCIONES A TOMAR: INFROMAR AL PEPRSONAL SOBRRE EL USO CORRECTO DE LOS EPP									
ESTADO	B: BUEN ESTADO		RESPONSABLE: NEYIRETH DELGADO MELO																
	M: MAL ESTADO																		
	NU: NO USA																		
	NA: No Aplica																		
	NS: NO SUMINISTRADO																		
NI: NO INNSPECCIONADO																			

ANEXO 6

CERTIFICADO ACCIDENTALIDAD ARL POSITIVA



CERTIFICACION ACCIDENTES LABORALES

Yo Sandra Edith Puentes Delgado identificada con cedula de ciudadanía No. 65.744.442 de Ibagué como representante legal de la empresa **MULTISERVICIOS FUNCIONALES**, certifico que a la fecha no se han presentado accidentes laborales de ninguno de nuestros trabajadores vinculados para el contrato 080 con la empresa **IBAL S.A. E.S.P. OFICIAL**, por tal motivo no se ha realizado ninguna investigación o seguimiento de accidentes laborales.

A handwritten signature in cursive script, reading 'Sandra Edith Puentes Delgado', is positioned above the printed name.

SANDRA EDITH PUENTES DELGADO



ANEXO 7

FORMATO PERMISO TRABAJO EN ALTURAS

Cra 6 sur # 20ª – 26 barrio galán teléfono - 317 797 9630 – 314 732 6693 Ibagué Tol.
Multiserviciosfuncionales1@hotmail.com



Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo	Fecha: 05/25/2021
Proceso: Sistema de Gestión Integral	
Formato: Permiso trabajo en alturas	Versión: 001

T. Eléctrico E. Confinados T. Alturas Excavaciones
 Válido para el periodo, lugar, equipo, personal y trabajo indicado
 Fecha: 16-11-21 Hora inicial: 2:00 P.M. Hora final: 4:00 P.M.
 Actividad a realizar: Revisio de Aire Acondicionado inverter
 Lugar de la actividad: Laboratorio de Calidad
 Frente de obra: _____ Mina: _____ Planta calle tercera: _____

EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDO

<input checked="" type="checkbox"/> Casco	<input checked="" type="checkbox"/> Gafas	<input type="checkbox"/> Respirador	<input type="checkbox"/> Mangas	<input checked="" type="checkbox"/> Arnés	<input type="checkbox"/> Polainas
<input checked="" type="checkbox"/> Tapaodios	<input type="checkbox"/> Careta	<input checked="" type="checkbox"/> Guantes	<input type="checkbox"/> Peto	<input type="checkbox"/> Autocontenido	<input checked="" type="checkbox"/> Botas

Otros: _____

EQUIPO DE EMERGENCIAS REQUERIDO	SISTEMA DE ACCESO/SALIDA REQUERIDO
<input type="checkbox"/> Extintor <input type="checkbox"/> Carrilla <input type="checkbox"/> Botiquín Otros: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Escaleras <input type="checkbox"/> Andamio <input type="checkbox"/> Canastilla <input type="checkbox"/> Elevador <input type="checkbox"/> Línea de vida Otros: _____

LISTA DE VERIFICACIÓN

PERSONAL QUE REALIZA LA ACTIVIDAD				ÁREA Y ELEMENTOS DE TRABAJO					
LISTA DE VERIFICACIÓN		SI	NO	N/A	LISTA DE VERIFICACIÓN		SI	NO	N/A
Afiliaciones EPS, AFP, ARL al día		X			ART con este permiso de trabajo		X		
Exámenes médicos (ingreso/periódico) al día		X			Área de trabajo delimitada		X		
Exámenes médicos específicos al día		X			Área de trabajo señalizada		X		
Entrenados y capacitados para la tarea		X			Piso y/o parades en buenas condiciones		X		
Certificaciones para realizar la tarea		X			Puntos de anclaje seguros		X		
Instruidos en los riesgos de la tarea		X			Condiciones ambientales que permiten el trabajo seguro		X		
Dotación en buen estado		X			Equipos y/o herramientas revisadas y en buen estado		X		
EPP's completos y en buen estado		X			Equipo de emergencias en buen estado		X		
Condiciones de salud óptimas		X			Sistema de acceso en buen estado (Barandas, escaleras, rampas, plataformas)		X		
MAQUINARIA Y EQUIPO PESADO									
LISTA DE VERIFICACIÓN		SI	NO	N/A					
Revisión a maquinaria y equipo pesado					Sistemas eléctricos en óptimas condiciones		X		
Operadores aptos					Distancia prudente (redes: eléctricas, gas, agua, etc.)		X		
				Mediciones ambientales (iluminación, ruido, gases, etc.) cuando aplique Material inflamable o explosivo alejado del área Sistema de detención de caída de objetos (Redes)					

ANEXOS

Fotos Mediciones ambientales Certificados de mantenimiento Otros: _____

FIRMAS

Autoridad del área: He verificado personalmente el área de trabajo y las medidas de seguridad tomadas para la realización del mismo.
 Coordinador SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas: He verificado el presente permiso de trabajo y las medidas de seguridad tomadas para la realización del mismo.

AUTORIZACIÓN DEL TRABAJO

RESPONSABLES	NOMBRE Y APELLIDOS	No. CEDULA	FIRMA	FECHA	HORA
Encargado de la actividad	Sergio Daniel Castillo	1110499851		16-11-21	2:00 P.M.
Inspector SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas	Sergio Daniel Castillo	1110499851		16-11-21	2:00 P.M.

CIERRE DEL PERMISO

RESPONSABLES	NOMBRE Y APELLIDOS	No. CEDULA	FIRMA	FECHA	HORA
Encargado de la actividad	Sergio Daniel Castillo	1110499851		16-11-21	4:00 P.M.
Inspector SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas	Sergio Daniel Castillo	1110499851		16-11-21	4:00 P.M.

OBSERVACIONES:

VIGENCIA Y RENOVACIÓN	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7
Fecha							
Valido desde (Hr)							
Valido hasta (Hr)							
Firma de apertura							
Firma de cierre							

Si las condiciones cambian o llega a ocurrir una emergencia, el permiso podrá ser cerrado

Multiservicios

Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo	Fecha: 05/25/2021
Proceso: Sistema de Gestión Integral	
Formato Permiso trabajo en alturas	Version: 001

T. Eléctrico E. Confinados T. Alturas Excavaciones

Válido para el periodo, lugar, equipo, personal y trabajo indicado

Fecha: 29-11-21 Hora inicial: 2:00 P.M. Hora final: 4:00 P.M.

Actividad a realizar: Cambio de termoparlas Aire Acondicionado Laboratorio

Lugar de la actividad: Laboratorio Calidad

Fronte de obra: Mina: Planta calle tercera:

EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDO

Casco Gafas Respirador Mangas Arnés Polainas

Tapaodidos Careta Guantes Peto Autocorrientido Botas

Otros: _____

EQUIPO DE EMERGENCIAS REQUERIDO **SISTEMA DE ACCESO/SALIDA REQUERIDO**

Extintor Camilla Botiquín Escaleras Andamio Canastilla Elevador Línea de vida

Otros: _____

LISTA DE VERIFICACIÓN

PERSONAL QUE REALIZA LA ACTIVIDAD			
LISTA DE VERIFICACIÓN	SI	NO	N/A
Afiliaciones EPS, AFP, ARL al día	X		
Exámenes médicos (ingreso/periódico) al día	X		
Exámenes médicos específicos al día	X		
Entrenados y capacitados para la tarea	X		
Certificaciones para realizar la tarea	X		
Instruidos en los riesgos de la tarea	X		
Dotación en buen estado	X		
EPP's completos y en buen estado	X		
Condiciones de salud óptimas	X		

MAQUINARIA Y EQUIPO PESADO			
LISTA DE VERIFICACIÓN	SI	NO	N/A
Revisión a maquinaria y equipo pesado			
Operadores aptos			

AREA Y ELEMENTOS DE TRABAJO			
LISTA DE VERIFICACIÓN	SI	NO	N/A
ART con este permiso de trabajo	X		
Área de trabajo delimitada	X		
Área de trabajo señalizada	X		
Piso y/o paredes en buenas condiciones	X		
Puntos de anclaje seguros	X		
Condiciones ambientales que permiten el trabajo seguro	X		
Equipos y/o herramientas revisadas y en buen estado	X		
Equipo de emergencias en buen estado	X		
Sistema de acceso en buen estado (Barandas, escaleras, rampas, plataformas)	X		
Sistemas eléctricos en óptimas condiciones	X		
Distancia prudente (redes: eléctricas, gas, agua, etc.)	X		
Mediciones ambientales (iluminación, ruido, gases, etc.) cuando aplique	X		
Material inflamable o explosivo alejado del área	X		
Sistema de detención de caída de objetos (Redes)	X		

ANEXOS

Fotos Mediciones ambientales Certificados de mantenimiento Otros: _____

FIRMAS

Autoridad del área: He verificado personalmente el área de trabajo y las medidas de seguridad tomadas para la realización del mismo.

Coordinador SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas: He verificado el presente permiso de trabajo y las medidas de seguridad tomadas para la realización del mismo.

AUTORIZACIÓN DEL TRABAJO					
RESPONSABLES	NOMBRE Y APELLIDOS	No. CEDULA	FIRMA	FECHA	HORA
Encargado de la actividad	Sergio Daniel Castillo	110499851	<i>[Firma]</i>	29-11-21	2:00 P.M.
Inspector SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas	Sergio Castillo	110499851	<i>[Firma]</i>	29-11-21	2:00 P.M.

CIERRE DEL PERMISO					
RESPONSABLES	NOMBRE Y APELLIDOS	No. CEDULA	FIRMA	FECHA	HORA
Encargado de la actividad	Sergio Castillo	110499851	<i>[Firma]</i>	29-11-21	4:00 P.M.
Inspector SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas	Sergio Castillo	110499851	<i>[Firma]</i>	29-11-21	4:00 P.M.

OBSERVACIONES:

VIGENCIA Y RENOVACIÓN	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7
Fecha							
Valido desde (Hr)							
Valido hasta (Hr)							
Firma de apertura							
Firma de cierre							

Si las condiciones cambian o llega a ocurrir una emergencia, el permiso podrá ser cerrado



Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo	Fecha: 05/25/2021
Proceso: Sistema de Gestión Integral	
Formato Permiso trabajo en alturas	Versión: 001

T. Eléctrico E. Confinados T. Alturas Excavaciones

Válido para el periodo, lugar, equipo, personal y trabajo indicado

Fecha: 03-12-21 Hora inicial: 9:00 am Hora final: 1:00 P.M.

Actividad a realizar: Cambio de reflectores

Lugar de la actividad: Planta chembe

Frente de obra: _____ Mina: _____ Planta calle tercera: _____

EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDO

Casco Gafas Respirador Mangas Amés Polainas

Tapacidos Careta Guantes Peto Autocontenido Botas

Otros: _____

EQUIPO DE EMERGENCIAS REQUERIDO **SISTEMA DE ACCESO/SALIDA REQUERIDO**

Extintor Camilla Botiquín Escaleras Andamio Canastilla Elevador Línea de vida

Otros: _____

LISTA DE VERIFICACIÓN

PERSONAL QUE REALIZA LA ACTIVIDAD			
LISTA DE VERIFICACIÓN	SI	NO	N/A
Afiliaciones EPS, AFP, ARL al día	X		
Exámenes médicos (Ingreso/periódico) al día	X		
Exámenes médicos específicos al día	X		
Entrenados y capacitados para la tarea	X		
Certificaciones para realizar la tarea	X		
Instruidos en los riesgos de la tarea	X		
Dotación en buen estado	X		
EPP's completos y en buen estado	X		
Condiciones de salud óptimas	X		

AREA Y ELEMENTOS DE TRABAJO			
LISTA DE VERIFICACIÓN	SI	NO	N/A
ART con este permiso de trabajo	X		
Área de trabajo delimitada	X		
Área de trabajo señalizada	X		
Piso y/o paredes en buenas condiciones	X		
Puntos de anclaje seguros	X		
Condiciones ambientales que permiten el trabajo seguro	X		
Equipos y/o herramientas revisadas y en buen estado	X		
Equipo de emergencias en buen estado	X		
Sistema de acceso en buen estado (Barandas, escaleras, rampas, plataformas)	X		
Sistemas eléctricos en óptimas condiciones	X		
Distancia prudente (redes: eléctricas, gas, agua, etc.).	X		
Mediciones ambientales (Iluminación, ruido, gases, etc.) cuando aplique	X		
Material inflamable o explosivo alejado del área	X		
Sistema de detención de caída de objetos (Redes)	X		

MAQUINARIA Y EQUIPO PESADO			
LISTA DE VERIFICACIÓN	SI	NO	N/A
Revisión a maquinaria y equipo pesado			
Operadores aptos			

ANEXOS

Fotos Mediciones ambientales Certificados de mantenimiento Otros: _____

FIRMAS

Autoridad del área: He verificado personalmente el área de trabajo y las medidas de seguridad tomadas para la realización del mismo.

Coordinador SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas: He verificado el presente permiso de trabajo y las medidas de seguridad tomadas para la realización del mismo.

AUTORIZACIÓN DEL TRABAJO					
RESPONSABLES	NOMBRE Y APELLIDOS	No. CEDULA	FIRMA	FECHA	HORA
Encargado de la actividad	Sergio Castillo	110499351		9:00 am	3-12-21
Inspector SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas	Sergio Castillo	110499351		9:00 am	3-12-21

CIERRE DEL PERMISO					
RESPONSABLES	NOMBRE Y APELLIDOS	No. CEDULA	FIRMA	FECHA	HORA
Encargado de la actividad	Sergio Castillo	110499351		3-12-21	1:00 PM
Inspector SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas	Sergio Castillo	110499351		3-12-21	1:00 PM

OBSERVACIONES:

VIGENCIA Y RENOVACIÓN	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7
Fecha							
Valido desde (Hr)							
Valido hasta (Hr)							
Firma de apertura							
Firma de cierre							

Si las condiciones cambian o llega a ocurrir una emergencia, el permiso podrá ser cerrado

Fecha: 09/29/2021

Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo



Proceso

Formato de Inspección Trabajo en Alturas

Verión: 001

ÁREA DE TRABAJO

Laboratorio de Salud

FECHA:

16-11-21

Nota: verificar si existe en que se encuentran los equipos de protección contra caídas, epp, sistemas de acceso, y así Colocar (X) cuando se cumple con el criterio, colocar (N) cuando no se cumple con el criterio, el control del presente documento de palabra de mano personal.

Nombre y apellidos del funcionario:

Sergio Are Brindicionado

C.C:

110099887

Cargo:

Opcaia

Marque con una X (SI), (NO) ó (N/A) realizando la inspección de cada uno de los elementos que se relaciona a continuación

CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD O TAREA QUE REQUIERE EL TRABAJO EN ALTURA	Observaciones																	
		SI	NO	A	SI	NO	A	SI	NO	A	SI	NO	A	SI	NO	A	SI	NO	A
CAPACITACIÓN (CONTAR CON LA CERTIFICACIÓN)	Conoce la tarea a realizar?	X																	
	Recibió capacitación en el procedimiento y estándares para trabajos en altura?	X																	
	El estado de salud del trabajador es ideal para realizar la tarea?	X																	
	Conoce con botiquines?	X																	
CUENTA CON ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Belas de seguridad?	X																	
	Protección visual?	X																	
	Gautes?	X																	
	Ropa de trabajo adecuada a los factores de riesgo?	X																	
CUENTA CON EQUIPOS DE SEGURIDAD	Equipos de rescate* (cuerdas, escaleras etc...)	X																	
	Botiquín de primeros auxilios?	X																	
	Sensibilización y demarcaón de área de trabajo?	X																	
	Andamios?	X																	
CUENTA CON SISTEMAS DE ACCESO	Plataformas?	X																	
	Escaleras?	X																	
	Brindas?	X																	
	Otros?	X																	
EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS	Arnés de cuerpo completo?	X																	
	Puntos de anclaje?	X																	
	Mecanismos de amortig.	X																	
	Elingas?	X																	
	Líneas de vida?	X																	
	Conectores?	X																	
Otros?																			

ELABORÓ:

Sergio Castillo

REVISÓ:

Sergio Castillo

APROBÓ:

Sergio Castillo

NOMBRE

Opcaia Electrico

NOMBRE

Encargado de obra.

NOMBRE

Coordinador de Alturas

CARGO

Opcaia Electrico

CARGO

Encargado de obra.

CARGO

Coordinador de Alturas

Fecha: 09/28/2021

Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo
Proceso

Versión: 001

Formato de Inspección Trabajo en Alturas

FECHA: 29-11-21

Nota: verificar cada vez que se encuentran los equipos de protección contra caídas, según el formato de actas, y los libros de registro. Colocar a 03 cuando se cumple con el criterio, el resto del presente documento de calidad de trabajo manual.

ÁREA DE TRABAJO: Laboratorio Calidad

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD O TAREA QUE REQUIERE EL TRABAJO EN ALTURA: Cambio de termocoplas Aire Acondicionado

C.C: 110499851

Cargo: Oficial

Nombre y apellidos del funcionario: Sergio Castillo

Matrícula con una X (SI), (NO) o N/A realizado la inspección de cada uno de los elementos que se relaciona a continuación

	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	Observaciones						
CAPACITACIÓN (CONTAR CON LA CERTIFICACIÓN)	Conoce la tarea a realizar?	X																																						
	Recibió capacitación en el procedimiento y estándares para trabajos en altura?	X																																						
	El estado de salud del trabajador es ideal para realizar la tarea?	X																																						
	Casco con barbuquejo?	X																																						
CUENTA CON ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Botas de seguridad?	X																																						
	Protección visual?	X																																						
	Guantes?	X																																						
	Ropa de trabajo adecuada a los factores de riesgo?	X																																						
CUENTA CON EQUIPOS DE SEGURIDAD	Equipos de rescate* (cuerdas, escaleras etc...)?	X																																						
	Botiquín de primeros auxilios?	X																																						
	Señalización y demarcación de área de trabajo?	X																																						
	Andamios?																																							
CUENTA CON SISTEMAS DE ACCESO	Plataformas?																																							
	Escaleras?																																							
	Barreras?																																							
	Otros?																																							
EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS	Ámbito de cuerpo completo?																																							
	Puntos de anclaje?																																							
	Mecanismos de anclaje?																																							
	Eslingsas?																																							
	Líneas de vida?																																							
	Conectores?																																							
	Otros?																																							

ELABORÓ: Sergio Castillo

NOMBRE: Sergio Castillo

CARGO: Encargado de obra

APROBÓ: Sergio Castillo

NOMBRE: Sergio Castillo

CARGO: Coordinador de Alturas

ELABORÓ: Oficial

NOMBRE: Oficial

CARGO: Oficial

ÁREA DE TRABAJO Planta Chembe **FECHA:** 3-12-21
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD O TAREA QUE REQUIERE EL TRABAJO EN ALTURA:
Cambio de Luminación
Nombre y apellidos del funcionario: Sergio Castillo **C.C.:** 110499851
Cargo: Oficial

Marque con una X (SI), (NO) ó (N/A) realizando la inspección de cada uno de los elementos que se relaciona a continuación

	SI	NO	A	N/A	SI	NO	A	N/A	SI	NO	A	N/A	SI	NO	A	N/A	SI	NO	A	N/A	SI	NO	A	N/A	SI	NO	A	N/A	Observaciones
CAPACITACIÓN (CONTAR CON LA CERTIFICACIÓN)	Conoce la tarea a realizar?	X																											
	Recibió capacitación en el procedimiento y estándar para trabajos en altura?	X																											
	El estado de salud del trabajador es ideal para realizar la tarea?	X																											
CUENTA CON ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Casco con barbiquejo?	X																											
	Botas de seguridad?	X																											
	Protección visual?	X																											
	Guañetes?	X																											
CUENTA CON EQUIPOS DE SEGURIDAD	Ropa de trabajo adecuada a los factores de riesgo?	X																											
	Equipos de rescate? (cuerdas, escaleras, otros)	X																											
	Botiquín de primeros auxilios?	X																											
	Señalización y demarcación de área de trabajo?	X																											
CUENTA CON SISTEMAS DE ACCESO	Andamios?																												
	Plataformas?																												
	Escaleras?																												
	Barandas?																												
EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS	Otros?																												
	Arnés de cuerpo completo?	X																											
	Puntos de anclaje?	X																											
	Mecanismos de anclaje?	X																											
	Eslingas?	X																											
	Líneas de vida?	X																											
Conectores?	X																												
Otros?																													

ELABORÓ: Sergio Castillo **REVISÓ:** Sergio Castillo **APROBÓ:** Sergio Castillo
NOMBRE **NOMBRE**
CARGO **CARGO**
Oficial Encargado de obra Coordinador de Alturas



FICHA TECNICA DE EVALUACION Y REEVALUACION DE PROVEEDORES

CÓDIGO: GJ-R-056

FECHA VIGENCIA:

15/07/2021

VERSIÓN: 01

Página 1 de 4

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

Evaluación: Fecha evaluación Diciembre 13 de 2021 Reevaluación: Fecha reevaluación: _____
Acta Parcial N° 06 Acta Final _____

INFORMACION DEL CONTRATO

NUMERO Y FECHA: 080 DEL 02 DE JUNIO DE 2021
NOMBRE DEL PROVEEDOR O CONTRATISTA: SANDRA EDITH PUENTES DELGADO/ MULTISERVICIOS FUNCIONALES NIT: C.C. 65.744.442
FECHA DE INICIO: 11 DE JUNIO DE 2021 FECHA DE TERMINACION: 31 DE DICIEMBRE DE 2021
OBJETO DEL CONTRATO: "CONTRATAR EL SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LAS REDES DE TELEFONIA, AIRES ACONDICIONADOS, REDES ELECTRICAS (INCLUYE ALARMAS), PLANTAS ELECTRICAS Y DE TODAS LAS INSTALACIONES ELECTRICAS DE PROPIEDAD DEL IBAL S.A E.S.P OFICIAL".

CLASE DE CONTRATO	1. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTION	
	2. SUMINISTRO Y ADQUISICION	
	3. ARRENDAMIENTO	
	4. CONSULTORIA E INTERVENTORIA	
	5. SERVICIO	X
	6. SEGUROS	
	7. INTERMEDIARIO DE SEGUROS	
	8. OBRA PUBLICA	

ASPECTOS A EVALUAR DEL CONTRATISTA

PUNTAJE 2= MALO 3= REGULAR 4= BUENO 5= EXCELENTE

5. SERVICIOS

CRITERIOS CUMPLIMIENTO Y OPORTUNIDAD	PUNTAJE	CRITERIOS EN LA EJECUCION DEL CONTRATO	PUNTAJE
OPORTUNIDAD EN EL SERVICIO	4	PRESENTACION DE INFORMES DE AVANCE	5
COBERTURA DEL SERVICIO	5	ATENCION DE REQUERIMIENTOS	4
TIEMPO DE RESPUESTA A REQUERIMIENTOS	4	DISPOSICION DEL SERVICIO	5
CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE TRABAJO	5	PAGO OPORTUNO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	5
CUMPLIMIENTO EN LOS TERMINOS PARA LEGALIZAR EL CONTRATO Y SUS ADICIONES	5	CUMPLIMIENTO A LOS REQUERIMIENTOS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	4
TOTAL PROMEDIO	4.6	SERVICIO POSTVENTA	0
		ASIGNACION DE REEMPLAZOS	5
CRITERIOS DE CALIDAD	PUNTAJE	ENTREGA OPORTUNA DE FACTURA	4
CALIDAD Y/O CONFORMIDAD EN LAS ACTIVIDADES REALIZADAS	5	PAGO DE SALARIOS Y PRESTACIONES	0
DEVOLUCIONES, CAMBIOS DE ELEMENTOS	0	CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE SALUD OCUPACIONAL Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	4
FUNCIONAMIENTO	5		
SOPORTE Y MANTENIMIENTO	5	TOTAL PROMEDIO	4.50
DESEMPEÑO DEL PERSONAL	4	EVALUACION TOTAL	4.62
TOTAL PROMEDIO	4.75		

ANALISIS DEL RESULTADO DE LA EVALUACION X REEVALUACION _____ POR PARTE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR
(Cuando un contrato cuente con interventor y supervisor, este criterio debe ser diligenciado por los dos, en sus respectivas calidades): se realizo Evaluacion al contratista evidenciando que el contratista cumple con los requerimientos solicitados.

OBSERVACIONES AL RESULTADO DE LA EVALUACION X REEVALUACION _____ POR PARTE DEL CONTRATISTA: Estoy de acuerdo y conforme con la evaluacion asignada.

INTERPONE RECURSO DE REPOSICIÓN SI NO



FICHA TECNICA DE EVALUACION Y REEVALUACION DE PROVEEDORES

CÓDIGO: GJ-R-056

FECHA VIGENCIA:

15/07/2021

VERSIÓN: 01

Página 1 de 4

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

INTERPONE RECURSO DE APELACION SI NO

NOTA INFORMATIVA: (Aplica unicamente para la reevaluacion) De conformidad con el articulo 7 de la resolucion que reglamenta el procedimiento para la evaluacion y reevaluacion de proveedores la calificacion de la reevaluacion de proveedores, tendra los siguientes efectos: El contratista o Proveedor que obtenga como resultado de la reevaluacion puntaje de 3 o superior, sera tenido en cuenta para contratar con el IBAL S.A. E.S.P. OFICIAL. El contratista que en el proceso de reevaluacion obtenga un promedio de calificacion inferior a tres (3), sera suspendido por un termino igual al plazo total del contrato ejecutado. En todo caso el termino de suspension no podra ser inferior a seis (6) meses. Durante el termino de la suspension el contratista no se podra presentar a participar como proponente individual o plural (Consorcio, Union Temporal, Promesa de Sociedad Futura u otra) en procesos de seleccion que adelante el IBAL S.A. E.S.P. OFICIAL.

La Suspension a que hace referencia el presente articulo se extendera por igual termino a cada uno de los integrantes de Consorcios o Uniones Temporales que en el proceso de reevaluacion hayan obtenido una calificacion inferior a tres (3).

Los efectos mencionados en la nota anterior aplican para la reevaluacion de este contrato, de acuerdo con la fecha de su suscripcion. SI NO

JAVIER PIEDRAHITA SARMIENTO

NOMBRES APELLIDOS Y FIRMA DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR (Cuando un contrato cuente con interventor y supervisor, este documento debe ser firmado por los dos, en sus respectivas calidades)

SANDRA EDITH PUENTES DELGADO

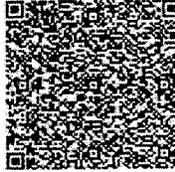
NOMBRES APELLIDOS Y FIRMA DEL CONTRATISTA

13/12/21 9:20

FV-2-87



SANDRA EDITH PUENTES DELGADO
NIT 65.744.442-1
carrera 6 sur 20A 26 Barrio Galan
Tel. (57) 3177979630
Ibagué - Colombia
multiserviciosfuncionales1@hotmail.com



Factura electrónica de venta
No. FESF-87

Fecha y hora Factura

Señoras IBAL S.A. ESP OFICIAL
NIT 800.089.809-6
Dirección CRA 3 # 1-04 BARRIO LA POLA
Teléfono (038) 2756000 - Ext. 138
Ciudad Ibagué - Colombia

Generación 13/12/2021, 09:18
Expedición 13/12/2021, 09:19
Vencimiento 13/12/2021

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	CONTRATAR EL SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LAS REDES DE TELEFONIA, AIRES ACONDICIONADOS, REDES ELÉCTRICAS (INCLUYE ALARMAS), PLANTAS ELÉCTRICAS Y DE TODAS LAS INSTALACIONES ELÉCTRICAS DE PROPIEDAD DEL IBAL S.A. E.S.P OFICIAL DE PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 11 DE NOVIEMBRE 2021 AL 10 DE DICIEMBRE DE 2021	1,00	11,875,000.00

Total ítems: 1

Valor en Letras:

Once millones ochocientos setenta y cinco mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Transferencia \$ 11,875,000.00

Total Bruto 9,978,991.60

IVA 19% 1,896,008.40

Total a Pagar 11,875,000.00

Observaciones:

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor, Número Autorización 13764021028506 aprobado en 20211110 prefijo FESF desde el número 81 al 200 Vigencia: 8 Meses

- Actividad Económica 4330 Terminación y acabado de edificios y obras de ingeniería civil Taria 6/100
CUFE: c3d57c2e9f5e4f4b12863c707e8d7706015a094a855d1e33e5cc258770ab66b3721a4d02ee022ef5d230323f1ad71c

Elaborado por software: Sigo, Ruce y enviado electrónicamente por proveedor tecnológico Sigo. Sigo S.A S/Nº 830-048 145-8



SANDRA EDITH PUENTES DELGADO
 NIT 65.744.442-1
 carrera 6 sur 20A 26 Barrio Galan
 Tel: (57) 3177979630
 Ibagué - Colombia
 multiserviciosfuncionales1@hotmail.com



Factura electrónica de venta
 No. FESF-87

Señores IBAL S.A. ESP OFICIAL
 NIT 800.089.809-6 Teléfono (038) 2756000 - Ext. 138
 Dirección CRA 3 # 1-04 BARRIO LA POLA Ciudad Ibagué - Colombia

Fecha y hora Factura
 Generación 13/12/2021, 09:18
 Expedición 13/12/2021, 09:19
 Vencimiento 13/12/2021

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	CONTRATAR EL SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LAS REDES DE TELEFONÍA, AIRES ACONDICIONADOS, REDES ELÉCTRICAS (INCLUYE ALARMAS), PLANTAS ELÉCTRICAS Y DE TODAS LAS INSTALACIONES ELÉCTRICAS DE PROPIEDAD DEL IBAL S.A. E.S.P OFICIAL DE PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 11 DE NOVIEMBRE 2021 AL 10 DE DICIEMBRE DE 2021	1.00	11,875,000.00

Total ítems: 1

Total Bruto 9,978,991.60

Valor en Letras:

Once millones ochocientos setenta y cinco mil pesos m/cte

IVA 19% 1,896,008.40

Condiciones de Pago:

Transferencia \$ 11,875,000.00

Total a Pagar 11,875,000.00

Observaciones:

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Número Autorización 18764021928586 aprobado en 20211110 prefiijo FESF desde el número 01 al 200 Vigencia: 6 Meses

- Actividad Económica 4330 Terminación y acabado de edificios y obras de ingeniería civil Tarifa 6/100
 CUFE: d3d57c2e2f5e44b12863c707e6d7706019aff094a855d1e33e5cc258770eb6663721a4c02ee022ef5d230323f1ad71c

Elaborada por software Signo Nube y enviada electrónicamente por proveedor tecnológico Signo. Signo S.A.S. NIT: 850.048.145-9

13/12/21 9:20

FV-2-87



SANDRA EDITH PUENTES DELGADO
 NIT 65.744.442-1
 carrera 6 sur 20A 26 Barrio Galan
 Tel: (57) 3177979630
 Ibagué - Colombia
 multiserviciosfuncionales1@hotmail.com



Factura electrónica de venta
 No. FESF-87

Señores IBAL S.A. ESP OFICIAL
 NIT 800.089.809-6
 Dirección CRA 3 # 1-04 BARRIO LA POLA

Teléfono (038) 2756000 - Ext. 138
 Ciudad Ibagué - Colombia

Fecha y hora Factura

Generación 13/12/2021, 09:18
 Expedición 13/12/2021, 09:19
 Vencimiento 13/12/2021

Item	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	CONTRATAR EL SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LAS REDES DE TELEFONIA, AIRES ACONDICIONADOS, REDES ELÉCTRICAS (INCLUYE ALARMAS), PLANTAS ELÉCTRICAS Y DE TODAS LAS INSTALACIONES ELÉCTRICAS DE PROPIEDAD DEL IBAL S.A. E.S.P OFICIAL DE PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 11 DE NOVIEMBRE 2021 AL 10 DE DICIEMBRE DE 2021	1,00	11,875,000.00

Total ítems: 1

Valor en Letras:
 Once millones ochocientos setenta y cinco mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Transferencia \$ 11,875,000.00

Total Bruto 9,978,991.60
 IVA 19% 1,896,008.40
 Total a Pagar 11,875,000.00

Observaciones:

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Número Autorización 18764021028596 aprobado en 20211110 prefijo FESF desde el número 31 al 200 Vigencia: 6 Meses

- Actividad Económica 4330 Terminación y acabado de edificios y obras de ingeniería civil Tarifa 6/100
 CUIFE: d3d57c2e9f5e4f4b12863c707e6d7706019a034a855d1e33e5cc258770eb9b3721a4e02ee022ef5d23032311ad71c

Emisión por software Sago Nube y enviado electrónicamente por proveedor tecnológico Sago S.A.S.NM. 830.048.145.6