

DOCUMENTOS ACTA 03 CONT 080-21 SANDRA EDITH PUENTES



De <dolly.camacho@ibal.gov.co>
Destinatario <sgeneral@ibal.gov.co>
Fecha 2021-09-30 12:15

 DOCUMENTOS ACTA 03-21 SANDRA EDITH PUENTES.PDF (~1,9 MB)

ADJUNTO DOCUMENTOS DEL ASUNTO PARA TRÁMITE PERTINENTE

Ibagué, 15 de Septiembre de 2021

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

Dawec
15-09-21
21:25

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 trámite de cuenta, para lo cual me permito relacionar al detalle los documentos que adjunto, de la siguiente manera:

DOCUMENTOS ACTA PARCIAL No. 03

1. FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. FESF – 65
2. ACTA PARCIAL No. 03
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

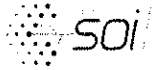
Contrato No.	080 DEL 02 DE JUNIO DE 2021.		
Objeto	"CONTRATAR EL SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LAS REDES DE TELEFONÍA, AIRES ACONDICIONADOS, REDES ELÉCTRICAS (INCLUYE ALARMAS), PLANTAS ELÉCTRICAS Y DE TODAS LAS INSTALACIONES ELÉCTRICAS DE PROPIEDAD DEL IBAL S.A ESP OFICIAL".		
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
		2021	09
Día			
2021			
En la ciudad de Ibagué, en la fecha antes indicada, contratista y supervisor suscriben la presente Acta Parcial No. 03 del contrato antes identificado. Para completar y soportar los trámites necesarios para su correspondiente pago.			
Periodo informado	11 de agosto al 10 de septiembre 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. 		
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		
Saldo (Valor pendiente para pago)	\$ 47.500.000.00		
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.	7806049109	Salud	\$ 1.190.000.00
Periodo cotizado	De:	01 Agosto	Pensión
	Hasta:	31 Agosto	ARL
			\$ 232.000.00
Entidad en donde se realiza el pago.	PLANILLAS SOI	Valor total del aporte	\$ 2.617.800.00
Planilla No.	7806050255	Salud	\$ 338.400.00
Periodo cotizado	De:	01 Agosto	Pensión
			\$ 1.352.400.00



ACTA PARCIAL
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

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

	Hasta:	31 Agosto	ARL	\$ 588.600.00
			CCF	\$ 338.400.00
ANEXOS:				Marque con x
Documento equivalente a la Factura de Venta				X
Informe Técnico Actividades realizadas del periodo del 11 de agosto al 10 de septiembre 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	SANDRA EDITH PUENTES DELGADO		JAVIER PIEDRAHITA SARMIENTO	
	Contratista		Supervisor	
V° B° Profesional Salud Ocupacional IBAL	CLAUDIA COMBITA ZAMBRANO			



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO



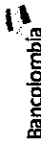
DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 65744442
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	SANDRA EDITH PUENTES DELGADO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	CRA 6SUR # 20A 26	TELÉFONO: 2700403
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: 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:	7808962308	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: agosto	PERIODO COTIZACIÓN: MES: agosto
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2021	SALUD: AÑO: 2021
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/09/01	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1114285980

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
SOPORTE DE PAGO GENERAL**



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
CON: 6574442	CECILLA DE CIUDADANIA: SANDRA EDITH PUNTES DELGADO	NÚMERO PLANILLA: 7918982383	TIPO DE PLANILLA: INDEPENDIENTES
ID: 2704203	DEPARTAMENTO: BOGOTÁ	PERIODO COTIZACIÓN: 2021	MES: agosto AÑO: 2021
CRA 45UR # 20A 26 TELÉFONO: 02 INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: UNICO		FECHA PAGO (base de datos):	MES: agosto AÑO: 2021
ACTIVIDAD ECONOMICA: UNICO		NÚMERO AUTORIZACIÓN: 282198001	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1114289890
NÚMERO PAGO APORTES SALVO, SEMI O C/SE (RETORNA TRIBUTARIA): NO			

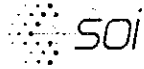
TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
EMPLADOR	COOTIZANTE	EMPLADOR	COOTIZANTE	EMPLADOR	COOTIZANTE
\$ 1.523.200	\$ 0	\$ 47.800	\$ 0	\$ 223.000	\$ 0
TOTAL APORTES A PENSION: \$ 1.523.200		TOTAL APORTES A SALUD: \$ 47.800		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES: \$ 223.000	

ADMINISTRADORA	NOMBRE	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	LICENCIA MATERIDAD	SALDO A FAVOR	LIQUIDACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	MORA	TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
										APORTES	MORA	APORTES	MORA	APORTES	MORA
EPSPROTECCION	COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.		\$ 0		\$ 0	\$ 1.180.000		\$ 0		\$ 0	\$ 1.180.000	\$ 0	\$ 0	\$ 1.180.000	\$ 0

ADMINISTRADORA	NOMBRE	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	LICENCIA MATERIDAD	SALDO A FAVOR	LIQUIDACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	MORA	TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
										APORTES	MORA	APORTES	MORA	APORTES	MORA
1423-POSITIVA	COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.		\$ 0		\$ 0	\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

MREB	TIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	SALARIO	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
							APORTES	MORA	APORTES	MORA	APORTES	MORA
22719190	PROTECCION	22.719.190				\$ 0	\$ 1.180.000	\$ 0	\$ 0	\$ 1.180.000	\$ 0	\$ 0

TOTAL \$ 3.040.400



**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO**



DATOS GENERALES OEL 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:	PRIVAOA	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:	7808963002	TIPO DE PLANILLA: E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: agosto	PERIODO COTIZACIÓN: MES: septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2021	SALUD: AÑO: 2021
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/09/01	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1114280620

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	3	\$ 436.200
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 145.400
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	\$ 145.400
800224808	230301	230301-PORVENIR	3	\$ 625.400
SUBTOTAL:			8	\$ 1.352.400
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	3	\$ 132.800
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	\$ 60.000
901097473	EPS044	EPS044-MEDIMÁS	1	\$ 36.400
SUBTOTAL:			8	\$ 338.400
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800211025	CCF48	CCF48-CONFATOLIMA	8	\$ 338.400
SUBTOTAL:			8	\$ 338.400
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.	8	\$ 588.600
SUBTOTAL:			8	\$ 588.600

TOTAL PAGADO:	\$ 2.617.800
----------------------	---------------------

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL ASISTENTE
 CÉDULA DE CIUDADANÍA: [] NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: []
 RAOÚVE DEPARTAMENTO: []
 CERA SU TIPO DE IDENTIFICACIÓN: []
 DEPENDIENTE CLASE APORTANTE: []
 PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: []
 ÚNICO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA
 NÚMERO PLANILLA: [] TIPO DE PLANILLA: [] E-EMPLEADOS: []
 PERÍODO COTIZACIÓN SALUDO: []
 DIAB DE MORA: []
 FECHA PASO (A su nombre): [] NÚMERO AUTORIZACIÓN: []
 MES: [] AÑO: [] MORA: []
 MES: [] AÑO: [] MORA: []

EMPLEADO	Nº. COTIZANTES	COTIZACIÓN		APORTES VOLUNTARIOS		MORA		TOTAL APORTES A FAVOR		VALOR PAGADO
		INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR		
220901-PROTECCIÓN	1	\$ 145,400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 145,400
21001-COP-ONDIS	1	\$ 145,400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 145,400
25111-COP-PENSIONES	1	\$ 145,400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 145,400
TOTAL	3	\$ 436,200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 436,200

ADMINISTRADORA	NOMBRE	Nº. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		VALOR		SALUDO A FAVOR		MORA		VALOR PAGADO
			NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	
EPSON-SALUD TOTAL		1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
EPSON-FARMACIA		1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
EPSON-COPIAR		1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
EPSON-NOVA EPS		1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
EPSON-SANTAS S.A.		1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
TOTAL		5	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

ADMINISTRADORA	NOMBRE	Nº. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		VALOR		SALUDO A FAVOR		MORA		VALOR PAGADO
			NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	
1423-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.		3	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
TOTAL		3	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

ADMINISTRADORA	NOMBRE	Nº. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		VALOR		SALUDO A FAVOR		MORA		VALOR PAGADO
			NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	
CCF-FACONFATOLIA		3	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
TOTAL		3	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

MOROSIDAD	TIPO DE COTIZANTE	SUBITO	SALUDO	SALUDO	PENSION		SEGURIDAD SOCIAL		ASPI		PARAMETRALES	
					ADMIN	IBIC	ADMIN	IBIC	ADMIN	IBIC	ADMIN	IBIC
220901-PROTECCIÓN	PROTECCIÓN	\$ 145,400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
21001-COP-ONDIS	PROTECCIÓN	\$ 145,400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
25111-COP-PENSIONES	PROTECCIÓN	\$ 145,400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
TOTAL		\$ 436,200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0



Comunicaciones, Telefonía,
Electricidad, Redes y
Refrigeración

Ibagué, 13 de septiembre del 2021

Señores:

EMPRESA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO IBAL S.A. E.S.P. OFICIAL
Ciudad

Asunto: informe de actividades contrato 080 del 02 junio de 2021

Comedidamente me permito presentar el respectivo informe de actividades #03 del contrato No 080 del 02 junio de 2021 con 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. E.S.P OFICIAL.** De acuerdo con las actividades realizadas durante el periodo del 10 de agosto de 2021 hasta el 09 de septiembre de 2021.

Anexo:

- Pago de seguridad social
- Informe de actividades #03
- Registro fotográfico de actividades
- Soporte de servicios
- capacitaciones

Atentamente,

SANDRA EDITH PUENTES DELGADO
Gerente

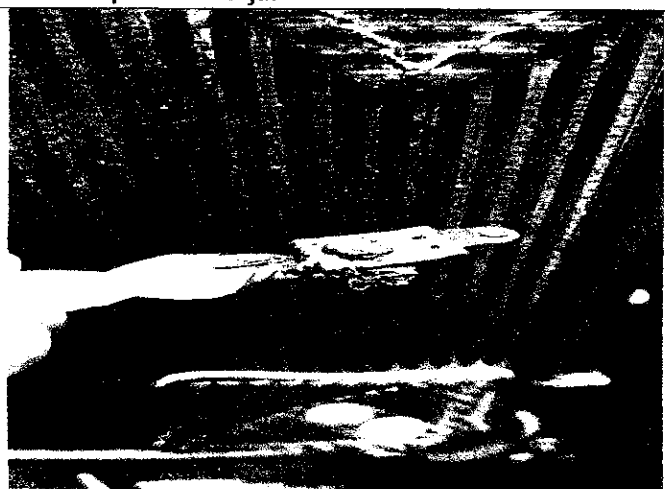
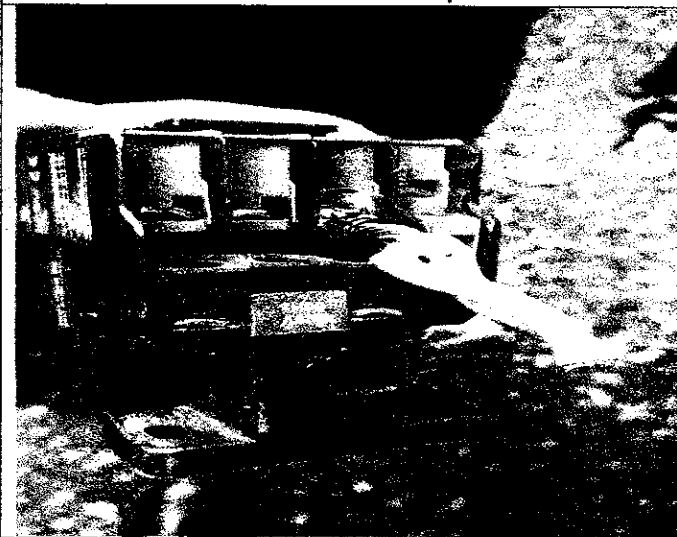
MultiServicios Funcionales

Núm. 65 744 442-1

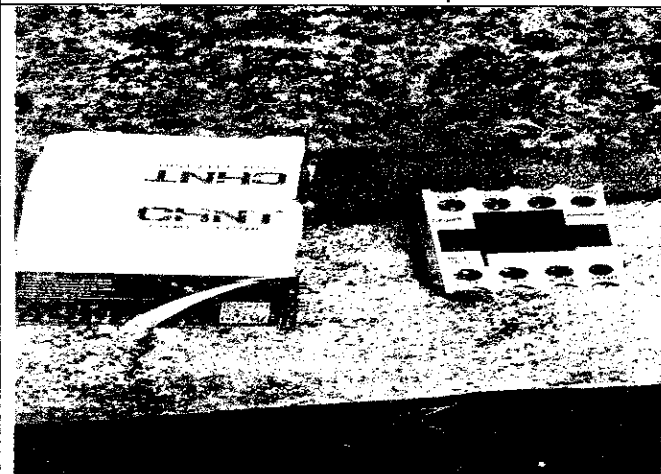
Comunicaciones, Telefonía,
Electricidad, Redes y
Refrigeración



Reparacion cambio de contactor planta el tejear



Reparacion cambio de contactor planta el tejear

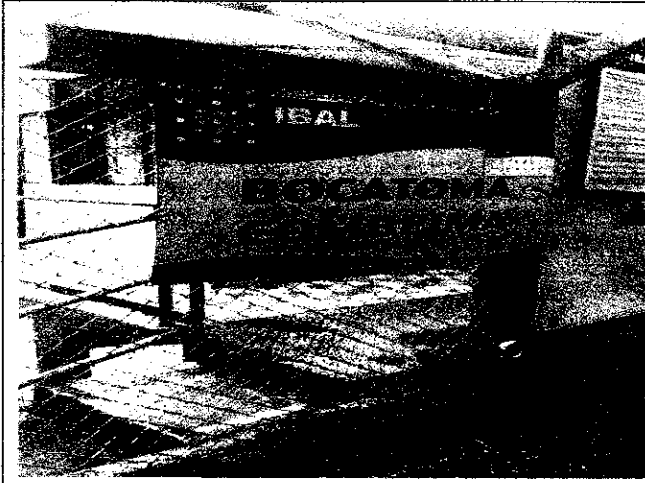


Reparacion cambio de contactor planta el tejear

MultiServicios Funcionales

Tel: 65 744 492-1

Comunicaciones, Telefonía,
Electricidad, Redes y
Refrigeración



Mantenimiento planta electrica combeima



Mantenimiento planta electrica combeima

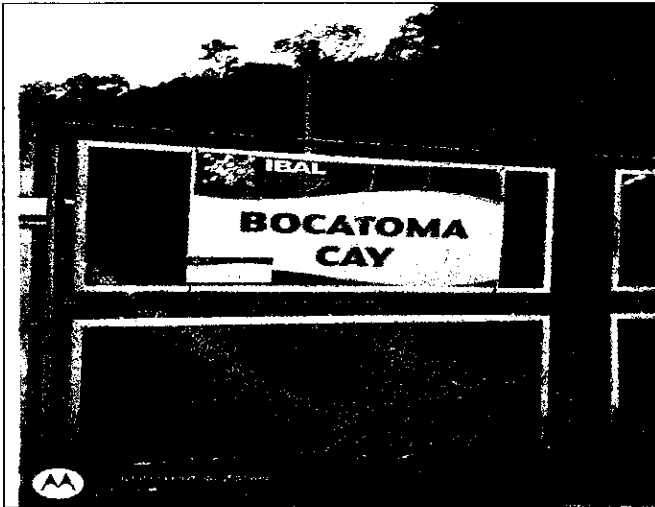


Mantenimiento planta electrica combeima

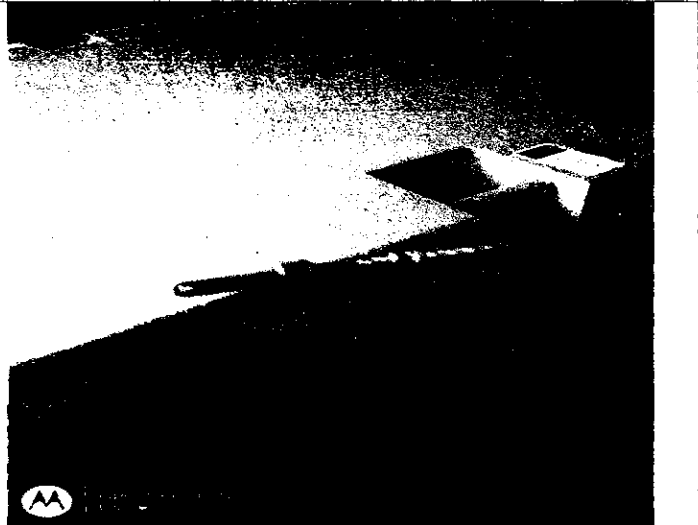
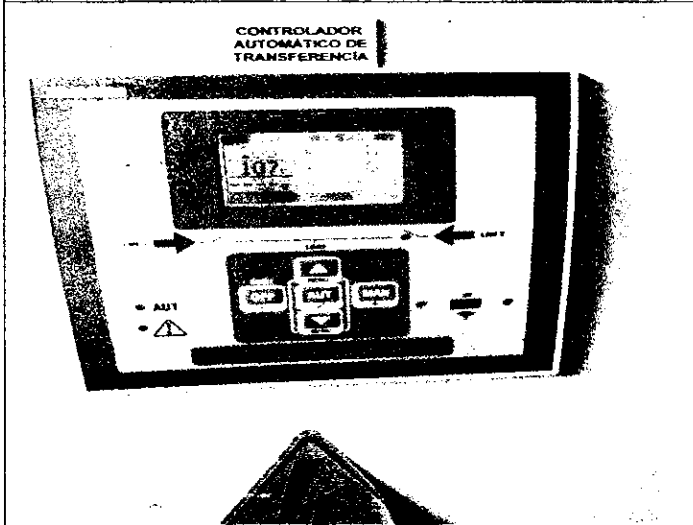
MultiServicios Funcionales

317 797 9630

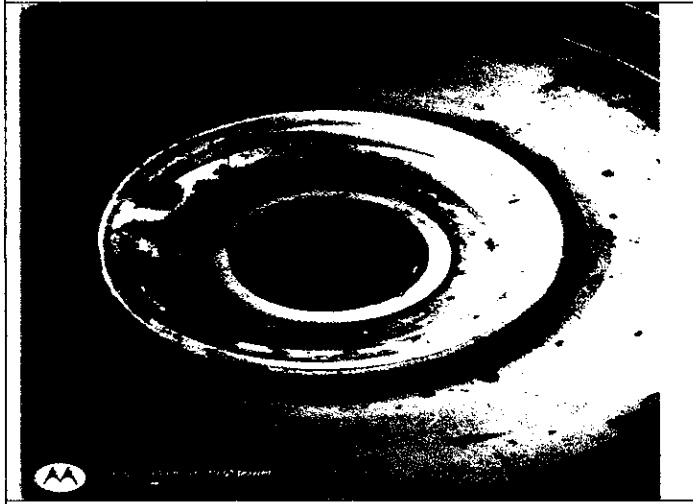
Comunicaciones, Telefonía,
Electricidad, Redes y
Refrigeración



Mantenimiento planta electrica cay



Mantenimiento planta electrica cay

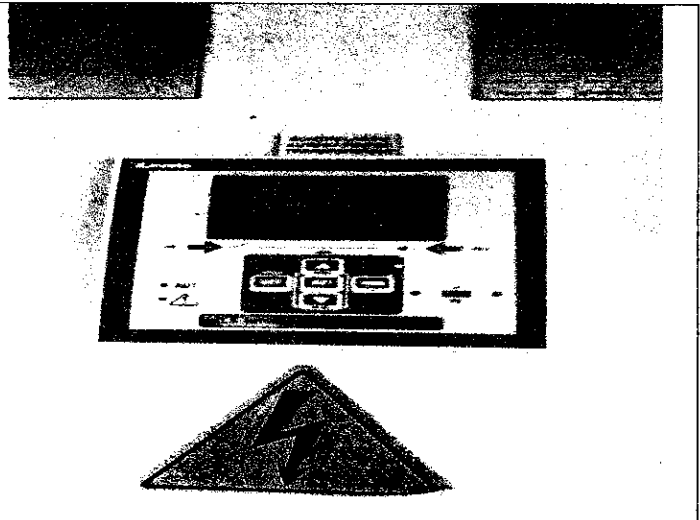
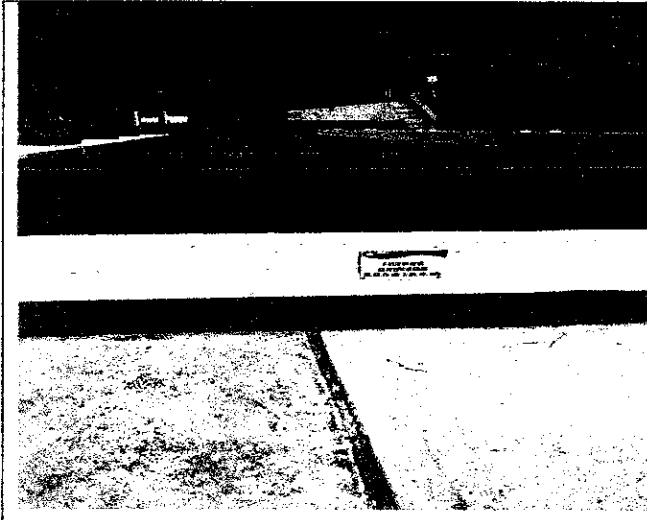


Mantenimiento planta electrica cay

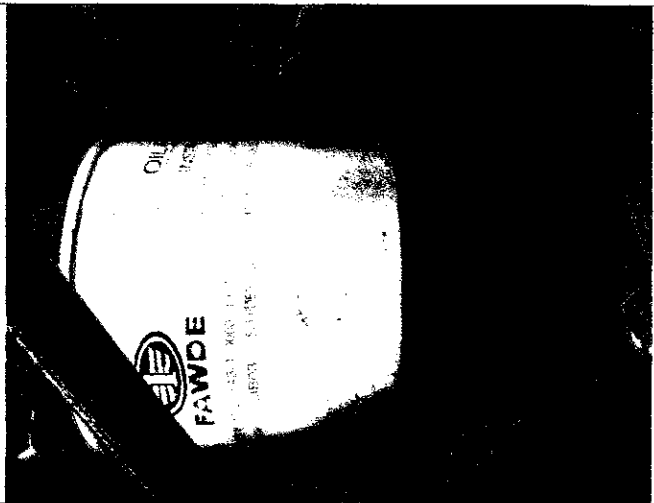
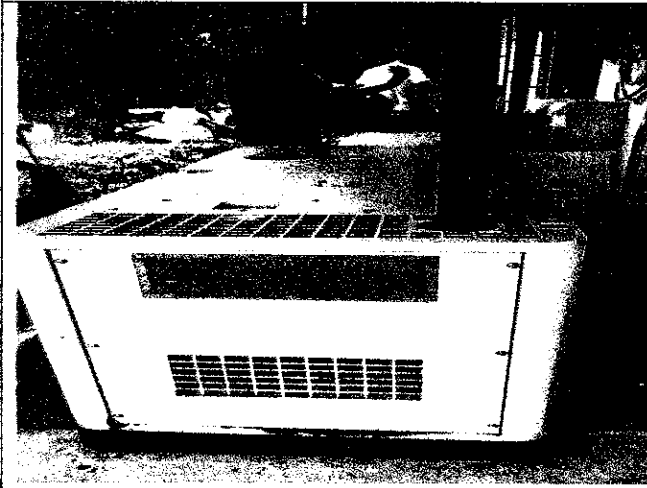
MultiServicios Funcionales

TEL: 317 744 8420

Comunicaciones, Telefonía,
Electricidad, Redes y
Refrigeración



Mantenimiento planta electrica chembe



Mantenimiento planta electrica chembe

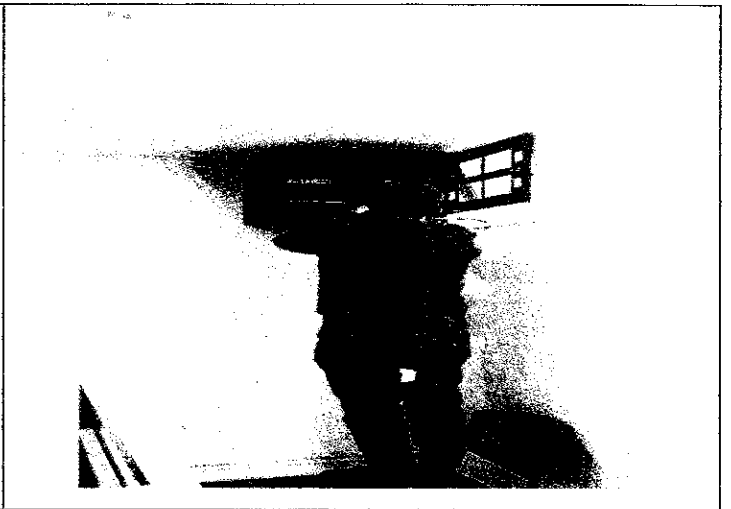


Mantenimiento planta electrica chembe

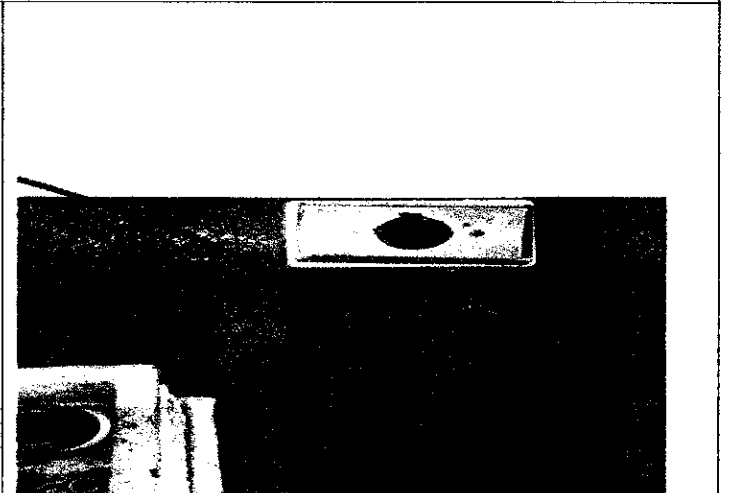
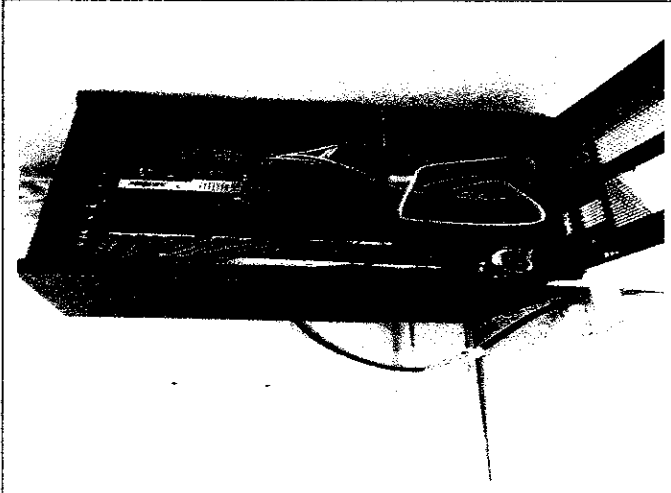
MultiServicios Funcionales

Tel: 55 744 4400

Comunicaciones, Telefonía,
Electricidad, Redes y
Refrigeración

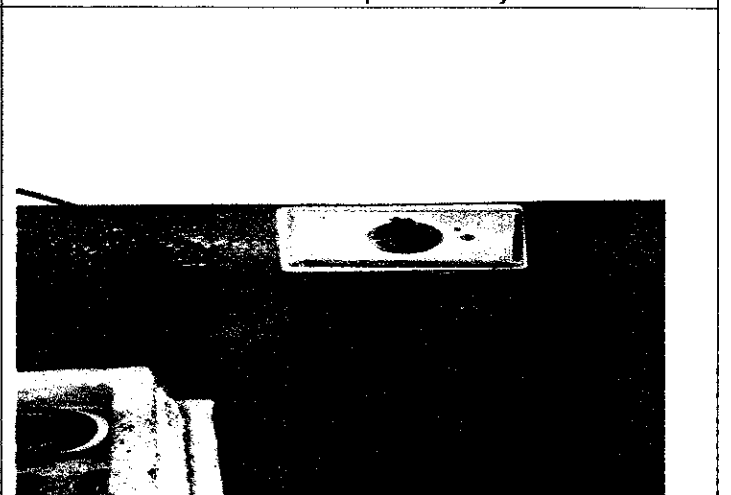


Reparacion fallo electrico cadiz



Reparacion fallo electrico cadiz

Toma dañado planta el tejaz

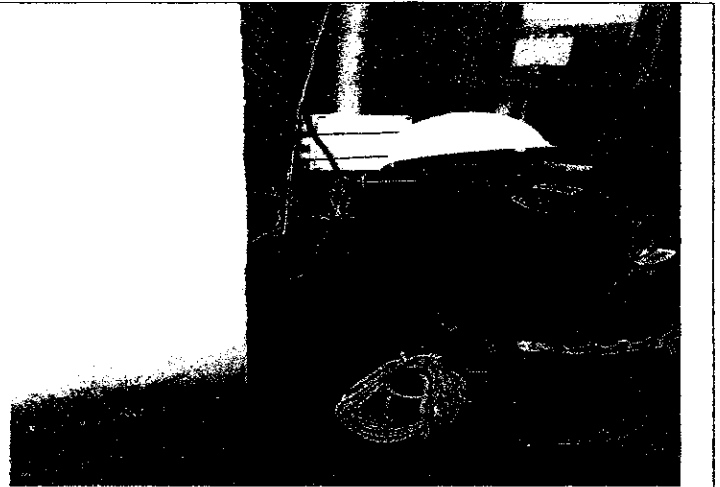


Toma dañado planta el tejaz

MultiServicios Funcionales

Tel. 65 744 442-1

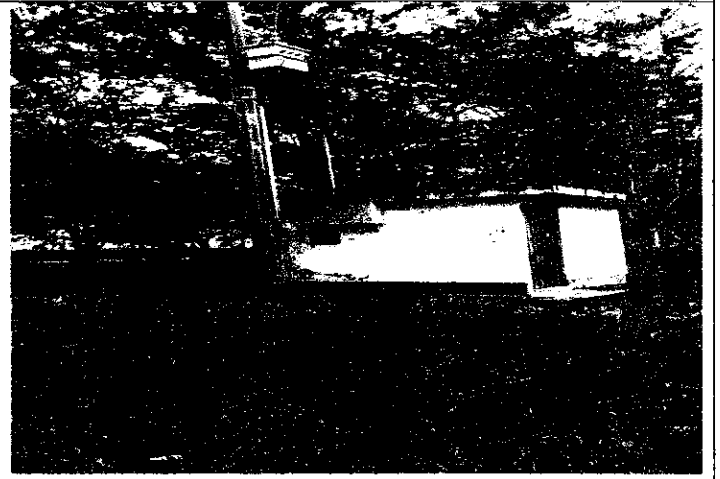
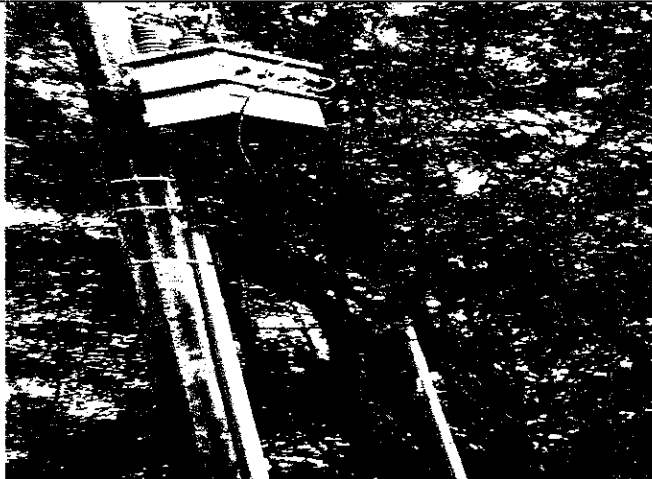
Comunicaciones, Telefonía,
Electricidad, Redes y
Refrigeración



Reparacion de iluminación tanque cerro gordo



Cambio de clavija greca

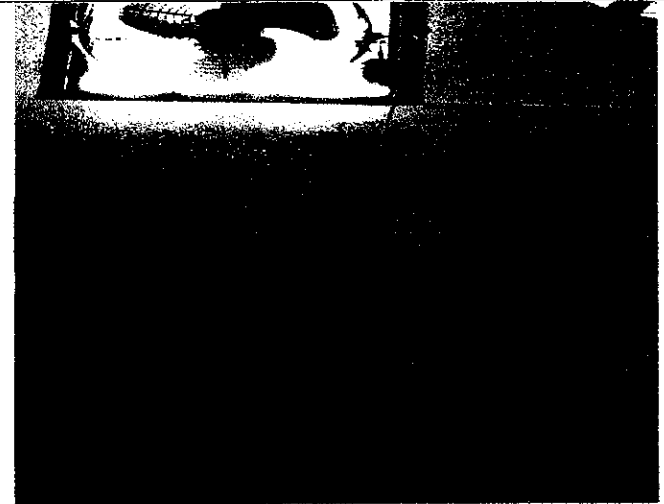


Revisión eléctrica tanque la miel

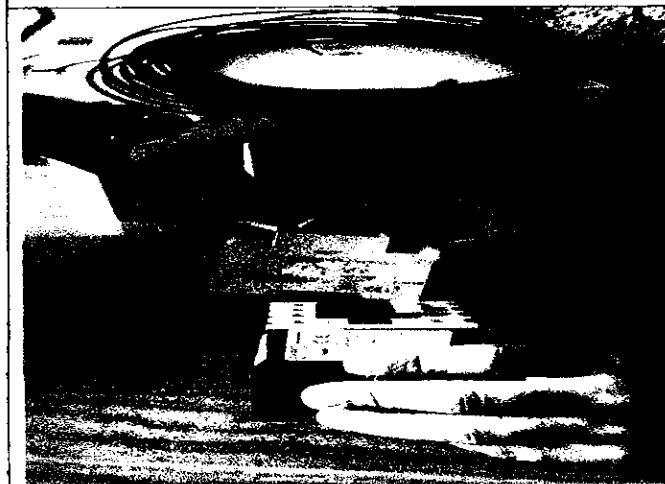
MultiServicios Funcionales

Tel: 66 744 442-1

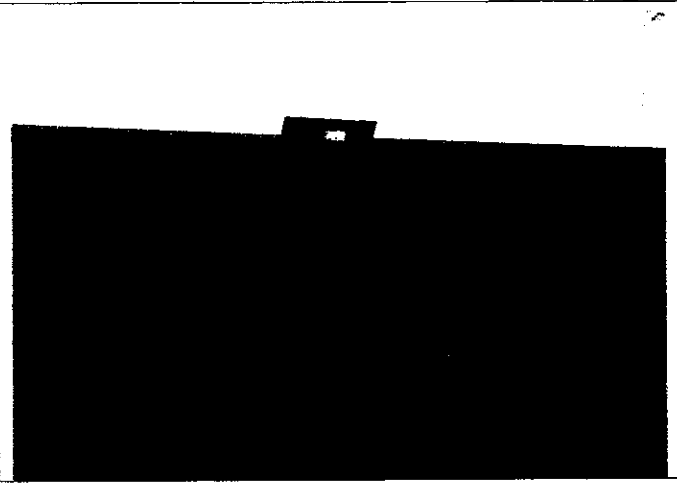
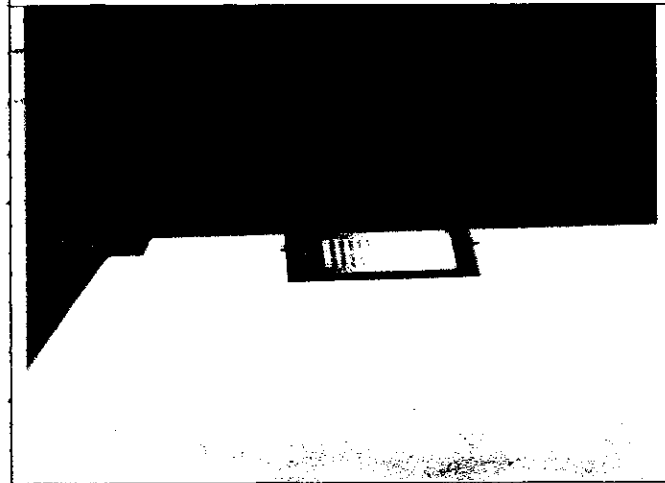
Comunicaciones, Telefonía,
Electricidad, Redes y
Refrigeración



Instalacion de ventiladores direccion administrativa



Instalacion de iluminación secretaria general

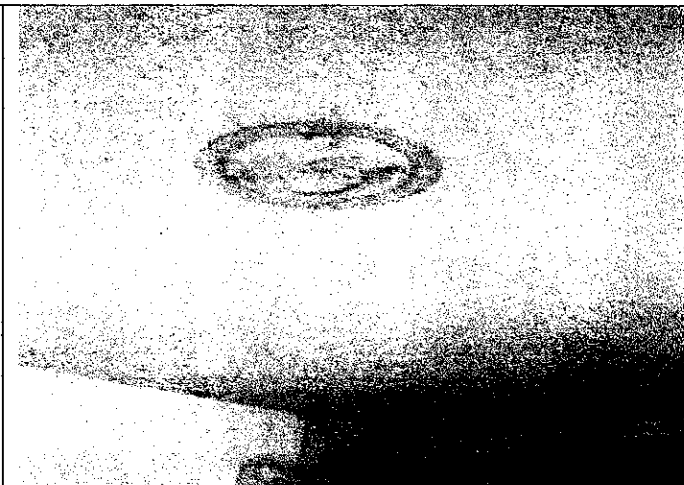


Instalacion de iluminación secretaria general

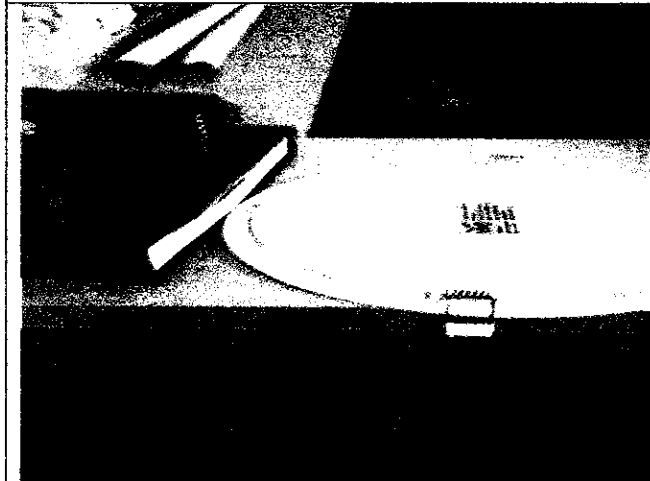
MultiServicios Funcionales

TEL: 317 744 442-1

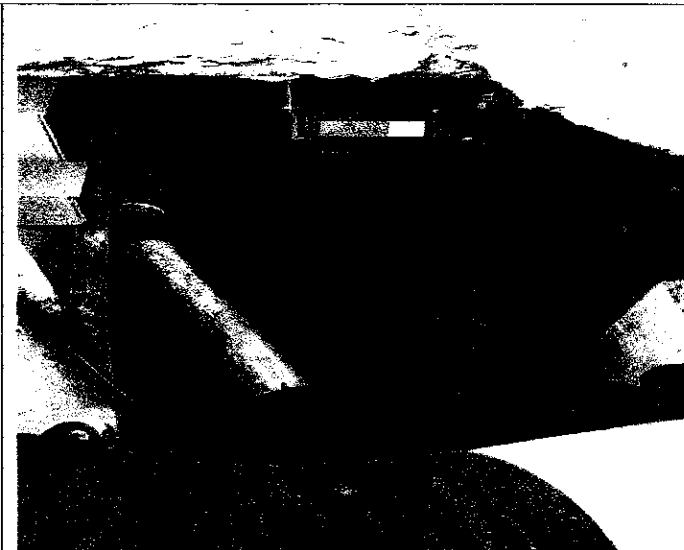
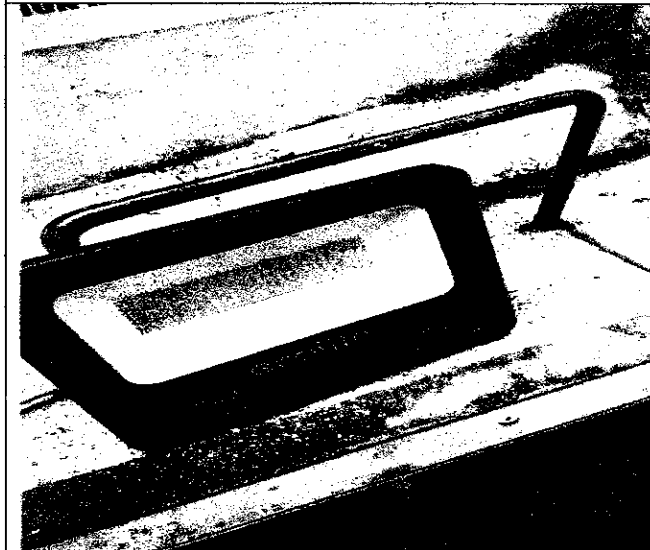
Comunicaciones, Telefonía,
Electricidad, Redes y
Refrigeración



Cambio de iluminación pas la 15



Cambio de iluminación pas la 15

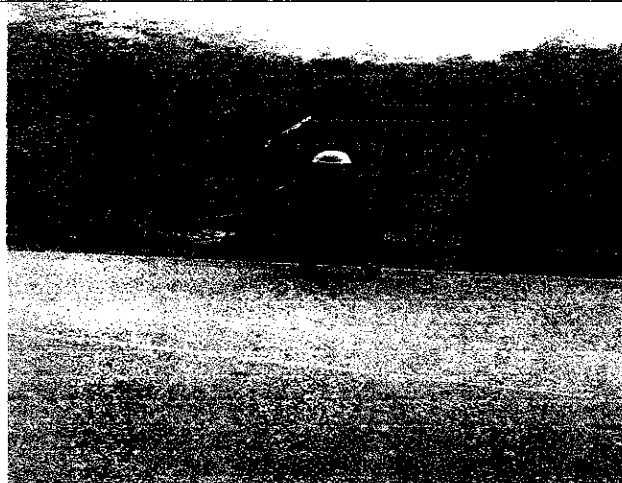


Cambio de iluminación tanque la 15

MultiServicios Funcionales

0311 65 744 440-1

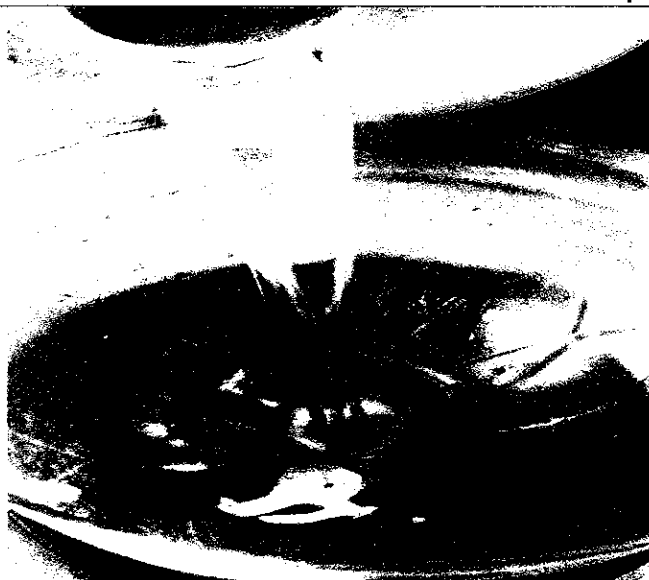
Comunicaciones, Telefonía,
Electricidad, Redes y
Refrigeración



Mantenimiento planta eléctrica la combeima



Mantenimiento planta eléctrica la combeima

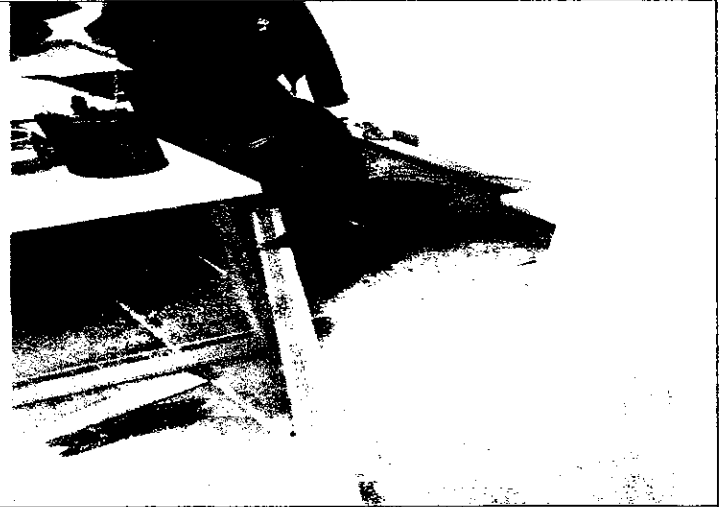
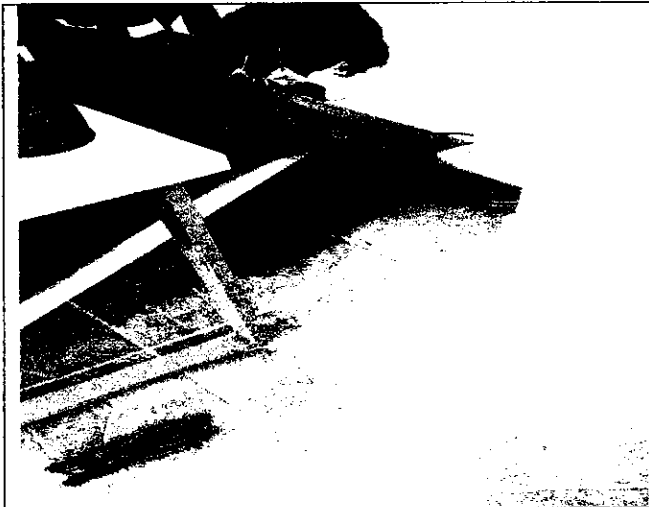


Mantenimiento planta eléctrica la combeima

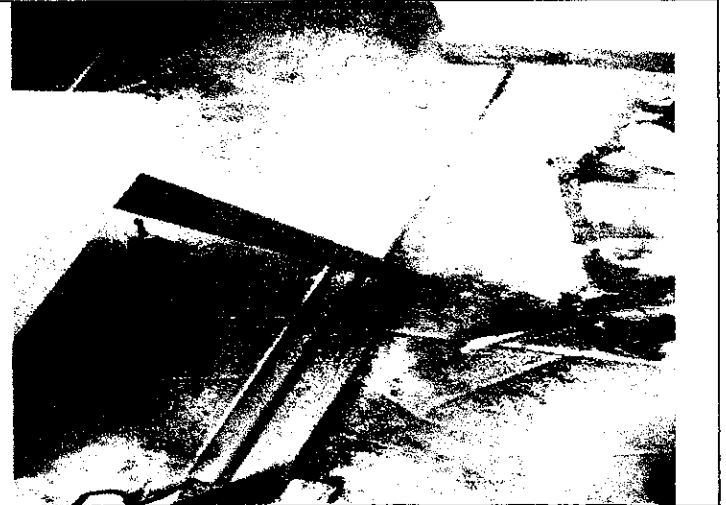
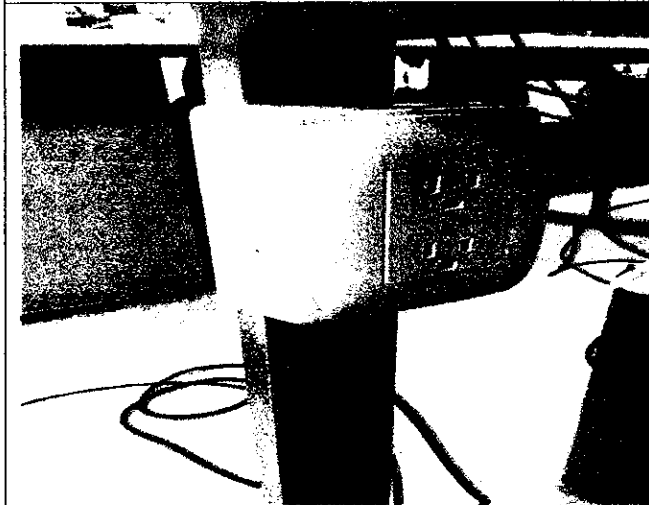
MultiServicios Funcionales

Tel: 317 797 9630

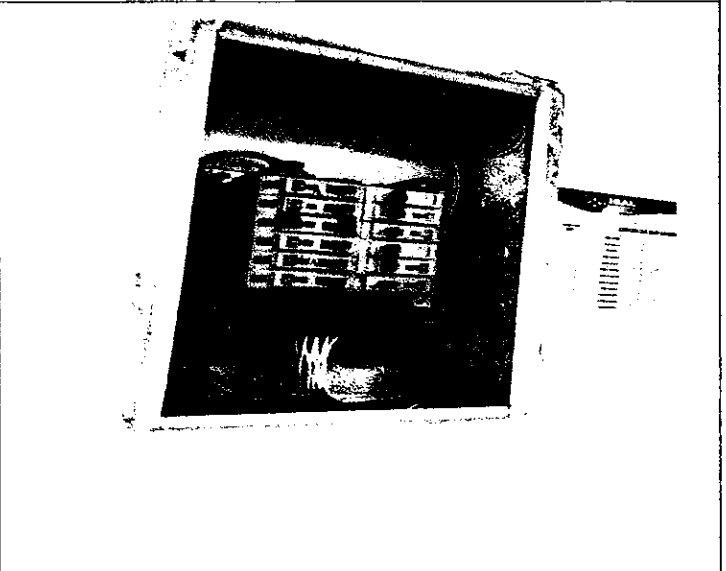
Comunicaciones, Telefonía,
Electricidad, Redes y
Refrigeración



Instalación puesto de trabajo secretaria general



Instalación puesto de trabajo secretaria general

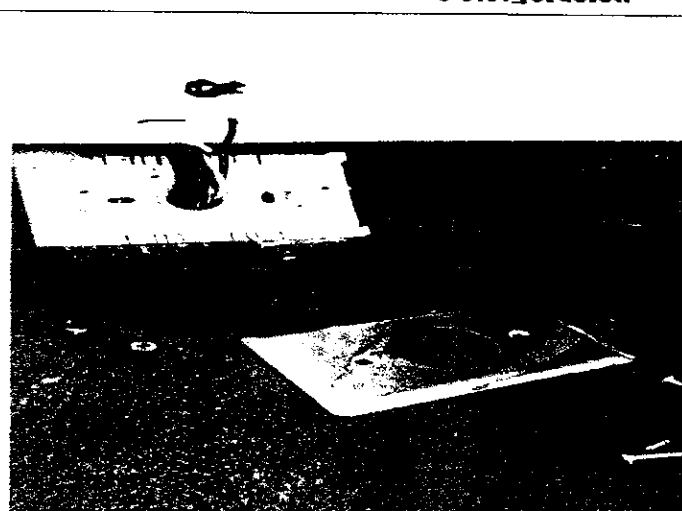
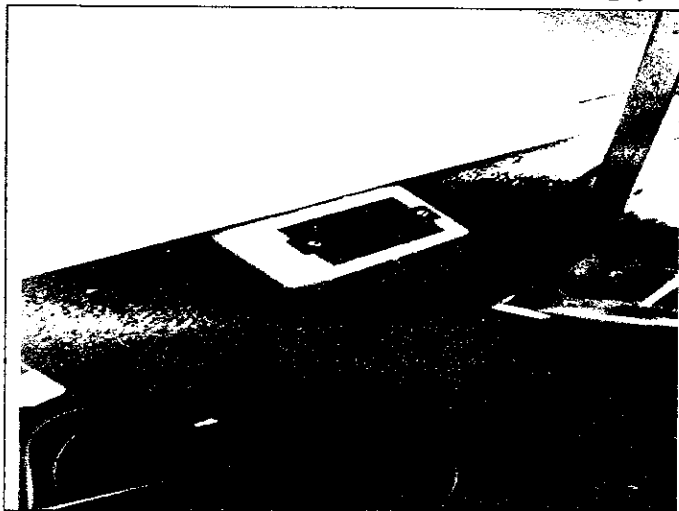


Revision electrica pas la 15

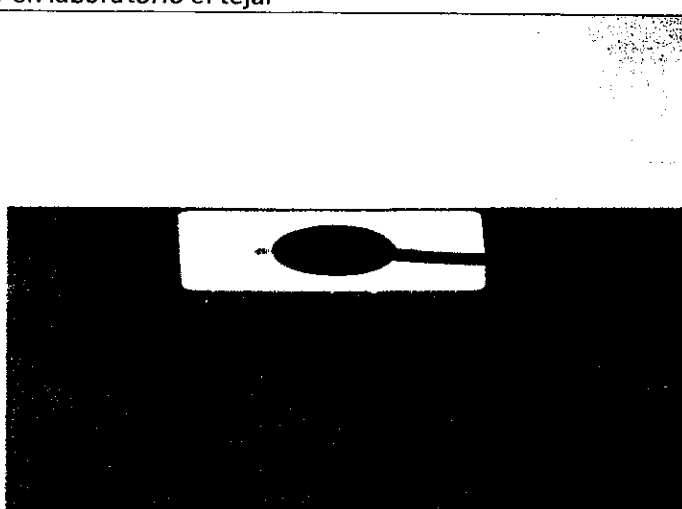
MultiServicios Funcionales

001 99 749 6401

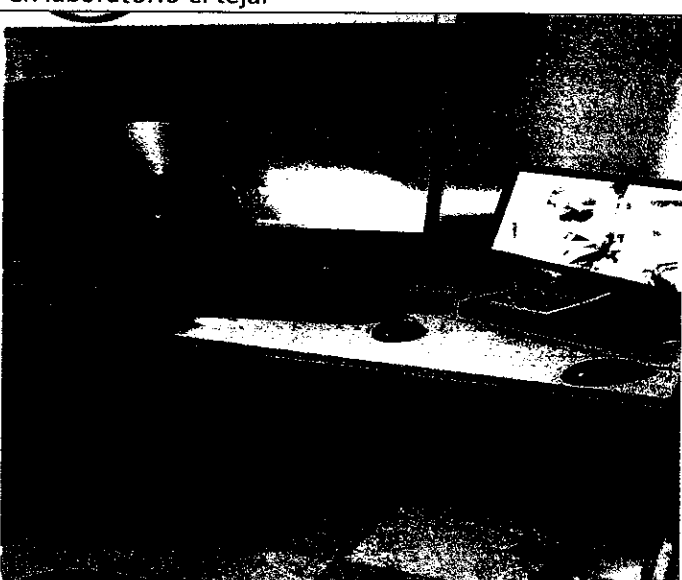
Comunicaciones, Telefonía,
Electricidad, Redes y
Refrigeración



Cambio de toma a 220v en laboratorio el tejero



Cambio de toma a 220v en laboratorio el tejero

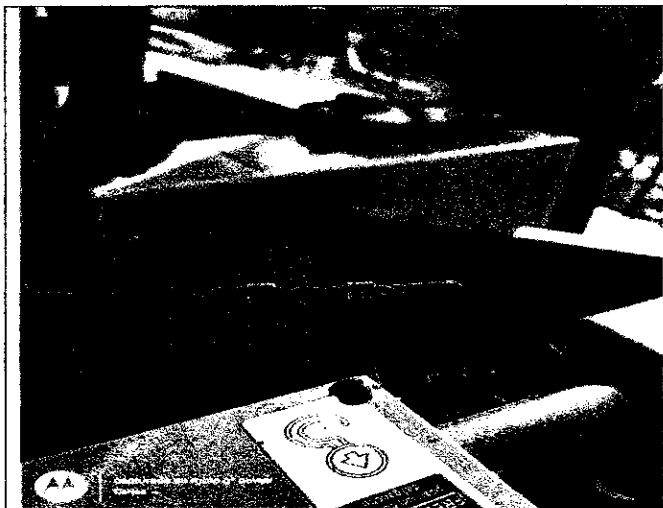


Reparación de punto de red pas la 15

MultiServicios Funcionales

Núm: 65 744 442-1

Comunicaciones, Telefonía,
Electricidad, Redes y
Refrigeración



Mantenimiento planta electrica cay



Mantenimiento planta electrica cay

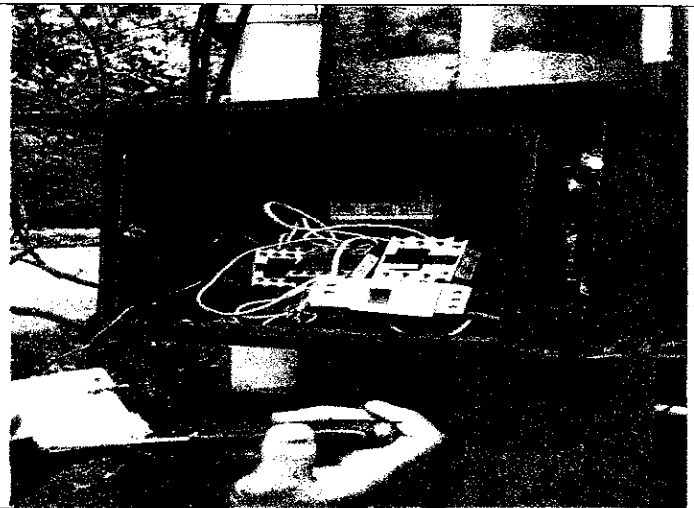


Temple de cablea en cay nuevo

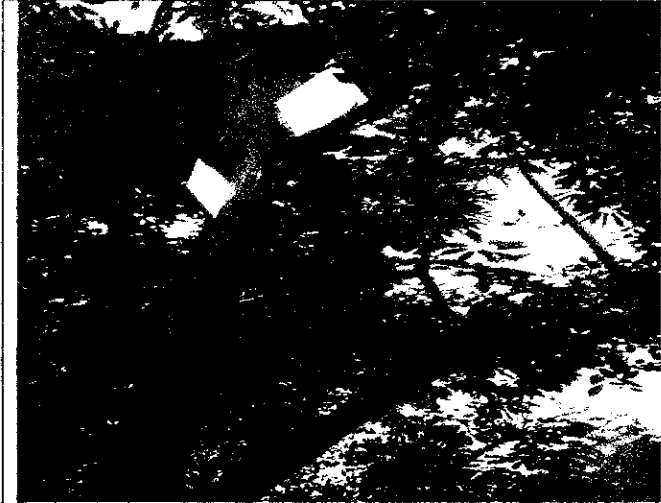
MultiServicios Funcionales

317 797 9630 - 314 732 6693

Comunicaciones, Telefonía,
Electricidad, Redes y
Refrigeración



Reparacion de iluminacion planta el tejaz



Reparacion de iluminacion planta el tejaz

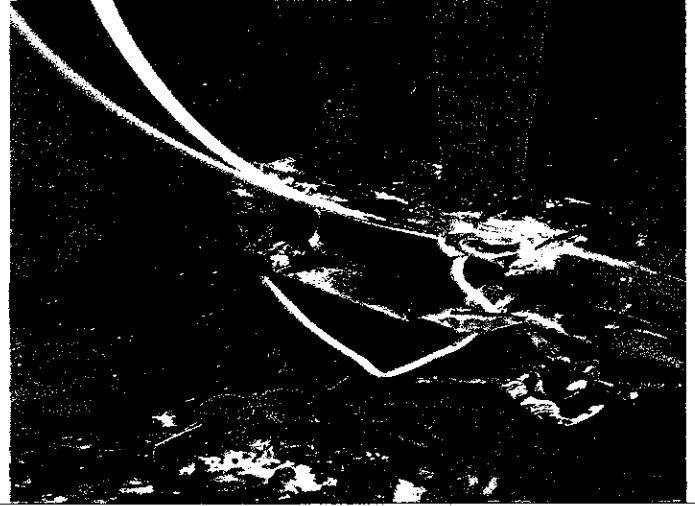


Reparacion de iluminacion planta el tejaz

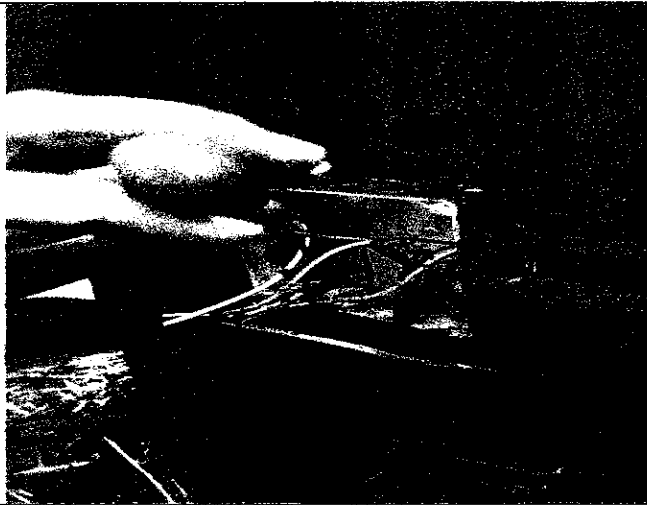
MultiServicios Funcionales

TEL: 317 797 9630

Comunicaciones, Telefonía,
Electricidad, Redes y
Refrigeración



Reparacion circuito electrico tanque de la 29



Reparacion circuito electrico tanque de la 29



Apertura de perforaciones para los postes de la ptar el tejat

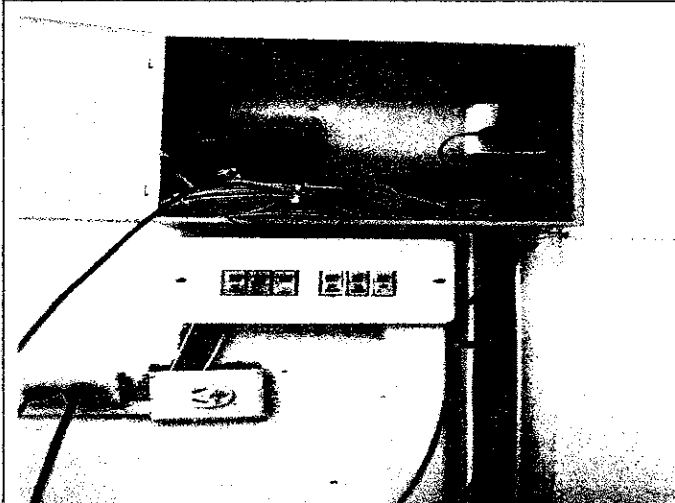
MultiServicios Funcionales

Nº 166.744.442-1

Comunicaciones, Telefonía,
Electricidad, Redes y
Refrigeración



Reparacion de pntos de datos en alcantarillado



Reparacion de pntos de datos en alcantarillado



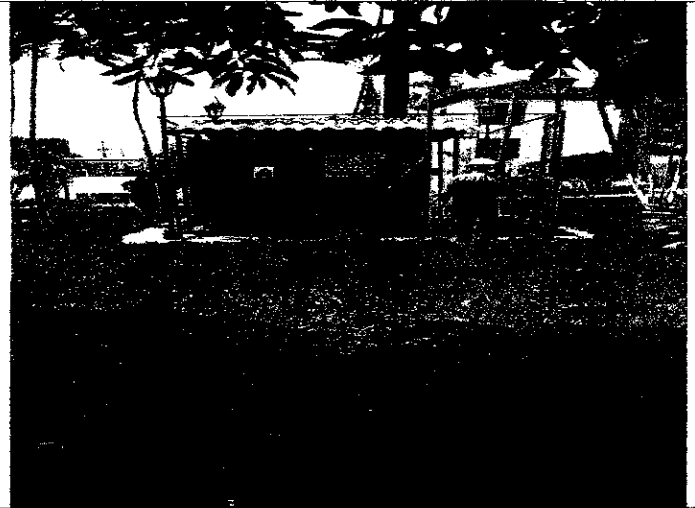
Reparacion de pntos de datos en alcantarillado

Tanqueo de planta electrica la pola

MultiServicios Funcionales

TEL: 317 797 9630

Condicionales, Telefonía,
Electricidad, Redes y
Refrigeración



Acompañamiento a mantenimiento de celcía



Acompañamiento a mantenimiento de celcía

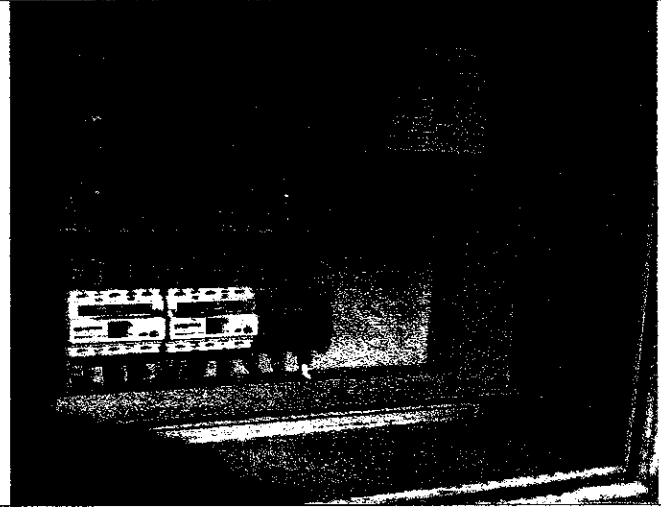
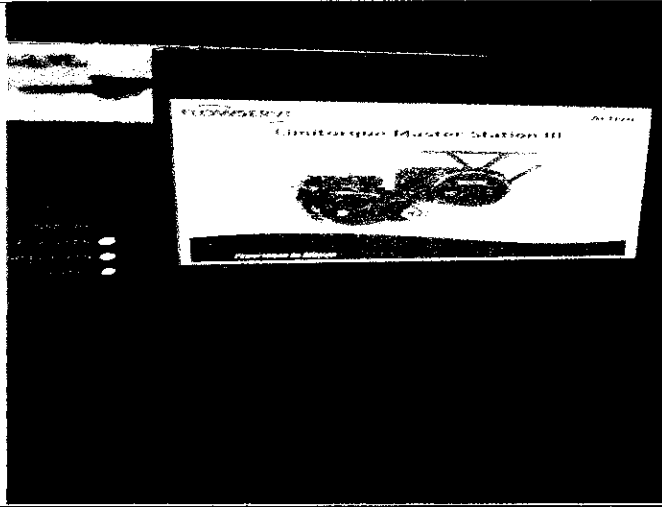


Acompañamiento a mantenimiento de celcía

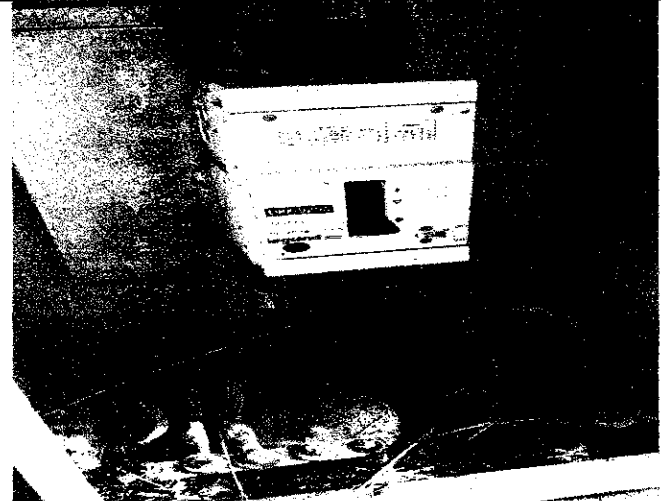
MultiServicios Funcionales

TEL: 55 744 442-1

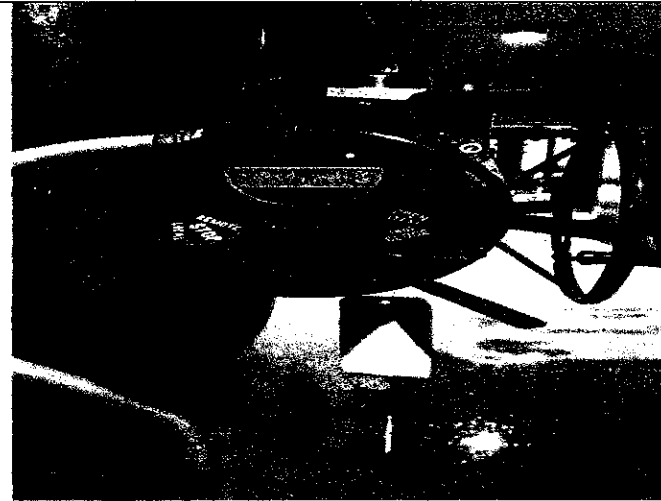
Comunicaciones, Telefonía,
Electricidad, Redes y
Refrigeración



Reparacion ausencia de energia tablero de actuadores



Reparacion ausencia de energia tablero de actuadores

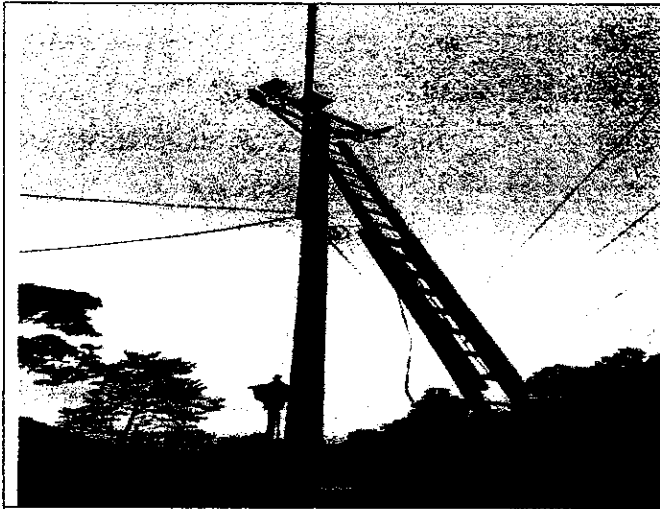


Reparacion ausencia de energia tablero de actuadores

Multiservicios Funcionales

Tel: 317 797 9630

Comunicaciones, Telefonía,
Electricidad, Redes y
Refrigeración



Reparaciones planta chembe



Reparaciones planta chembe

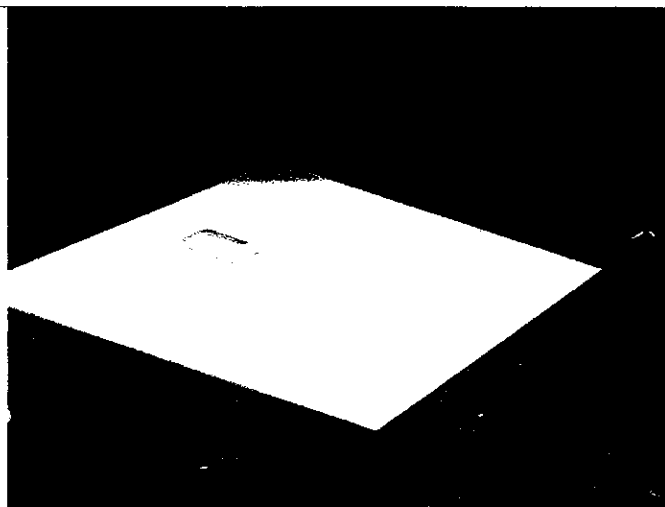


Reparaciones planta chembe

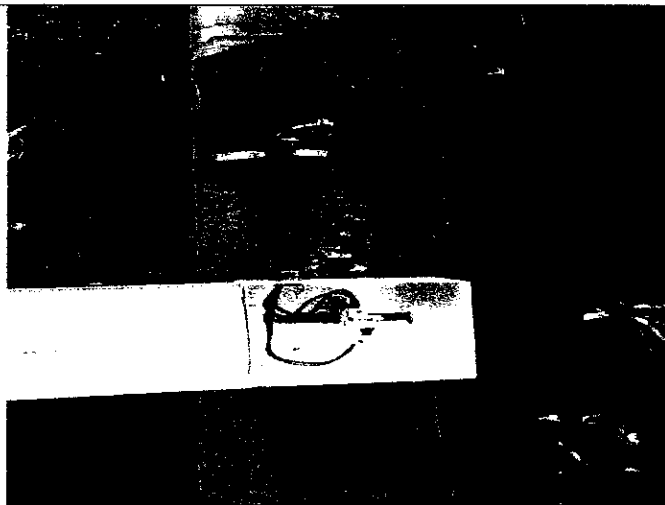
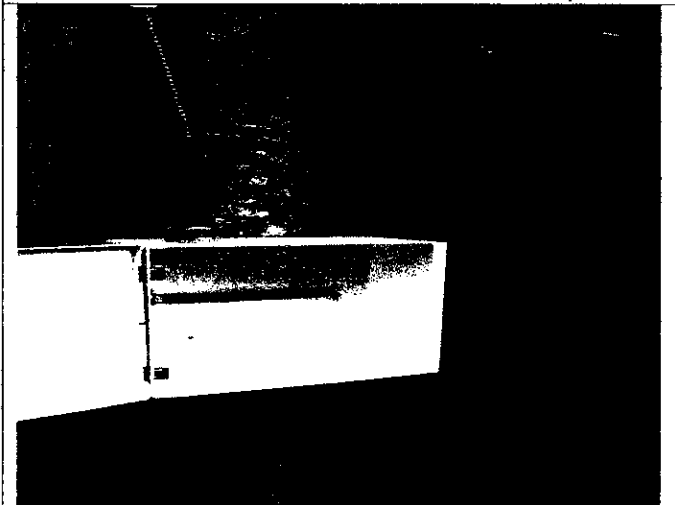
MultiServicios Funcionales

Tel: 317 797 9630

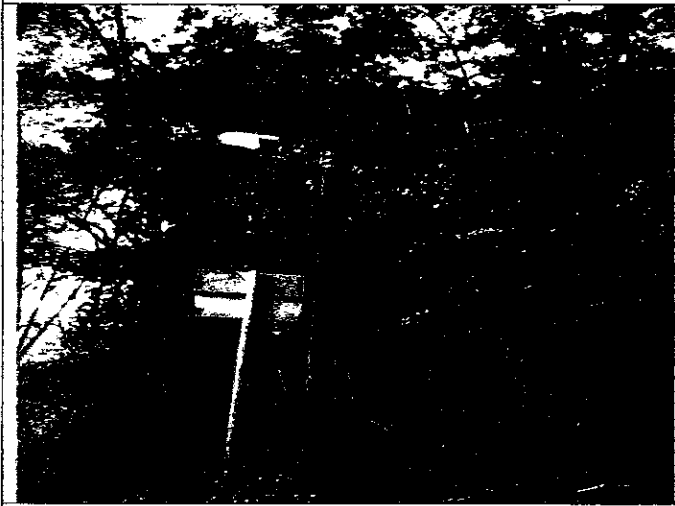
Comunicaciones, Telefonía,
Electricidad, Redes y
Refrigeración



Reparaciones planta chembe



Reparaciones planta chembe

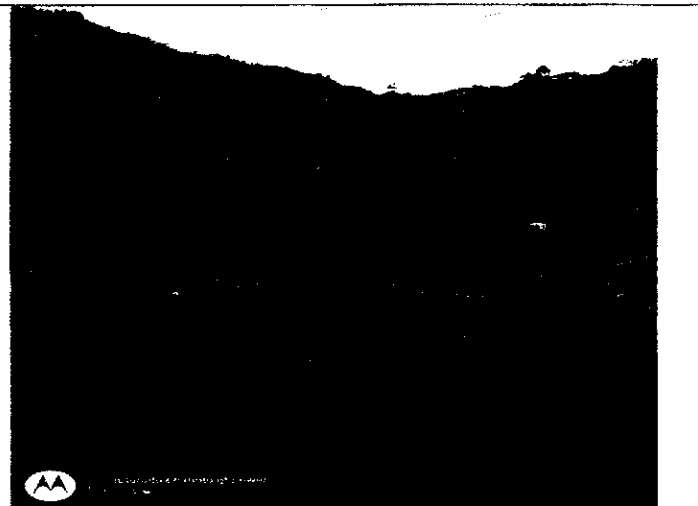
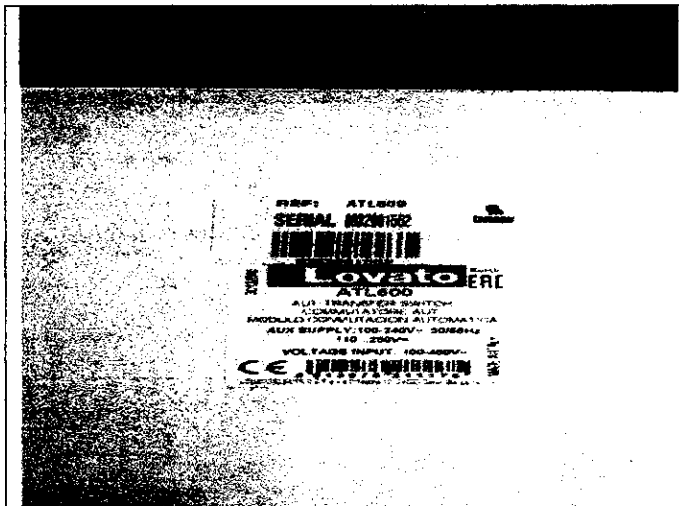


Reparaciones planta chembe

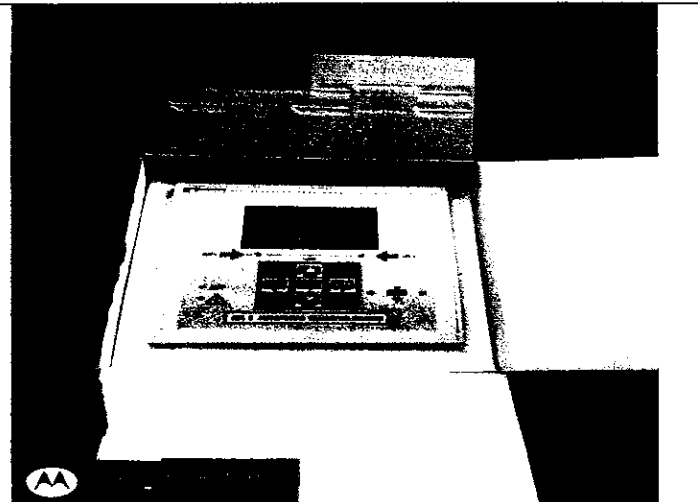
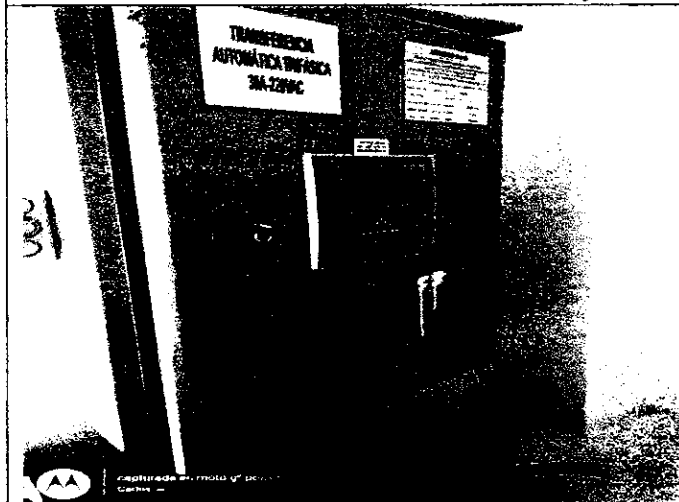
MultiServicios Funcionales

Nit: 85744442-1

Comunicaciones, Telefonía,
Electricidad, Redes y
Refrigeración



Cambio de tarje de transferencia ATL600 LOVATO



Cambio de tarje de transferencia ATL600 LOVATO



Cambio de tarje de transferencia ATL600 LOVATO

Mantenimiento
Preservación

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: 17-08-21 Hora inicial: 10:00 am Hora final: 12:00 P.M.

Actividad a realizar: Reparación de iluminación

Lugar de la actividad: Tanque Cerro Gordo Mina: _____ Planta calle tercera: _____

Fronte de obra: _____

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDO

<input checked="" type="checkbox"/> Casca	<input checked="" type="checkbox"/> Gafas	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Camilla <input checked="" 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				LISTA DE VERIFICACIÓN			
	SI	NO	N/A		SI	NO	N/A
Afiliaciones EPS AFP, ARL al día	<input checked="" type="checkbox"/>			ART con este permiso de trabajo	<input checked="" type="checkbox"/>		
Exámenes médicos (ingreso/periódico) al día	<input checked="" type="checkbox"/>			Área de trabajo delimitada	<input checked="" type="checkbox"/>		
Exámenes médicos específicos al día	<input checked="" type="checkbox"/>			Área de trabajo señalizada	<input checked="" type="checkbox"/>		
Entrenados y capacitados para la tarea	<input checked="" type="checkbox"/>			Piso y/o paredes en buenas condiciones	<input checked="" type="checkbox"/>		
Certificaciones para realizar la tarea	<input checked="" type="checkbox"/>			Puntos de anclaje seguros	<input checked="" type="checkbox"/>		
Instituidos en los riesgos de la tarea	<input checked="" type="checkbox"/>			Condiciones ambientales que permiten el trabajo seguro	<input checked="" type="checkbox"/>		
Dotación en buen estado	<input checked="" type="checkbox"/>			Equipos y/o herramientas revisadas y en buen estado	<input checked="" type="checkbox"/>		
EPP's completos y en buen estado	<input checked="" type="checkbox"/>			Equipo de emergencias en buen estado	<input checked="" type="checkbox"/>		
Condiciones de salud óptimas	<input checked="" type="checkbox"/>			Sistema de acceso en buen estado (Barandas, escaleras, rampas, plataformas)	<input checked="" type="checkbox"/>		
				Sistemas eléctricos en óptimas condiciones	<input checked="" type="checkbox"/>		
				Distancia prudente (redes: eléctricas, gas, agua, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		
				Mediciones ambientales (iluminación, ruido, gases, etc.) cuando aplique	<input checked="" type="checkbox"/>		
				Materiales inflamables o explosivos alejados del área	<input checked="" type="checkbox"/>		
				Sistema de detención de caída de objetos (Redes)	<input checked="" type="checkbox"/>		

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
Encargada de la actividad	<u>Sergio Daniel Castillo</u>	<u>7710494851</u>	<u>[Firma]</u>	<u>17-08-21</u>	<u>10:00 am</u>
Inspector SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas	<u>Luis Fernando Jimenez</u>	<u>933800791</u>	<u>[Firma]</u>	<u>17-08-21</u>	<u>10:00 am</u>

CIERRE DEL PERMISO

RESPONSABLES	NOMBRE Y APELLIDOS	No. CEDULA	FIRMA	FECHA	HORA
Encargada de la actividad					
Inspector SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas					

OBSERVACIONES:


VIGENCIA Y RENOVACIÓN

	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7
Fecha							
Valido desde (H)							
Valido hasta (H)							
Firma de apertura							
Firma de cierre							

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

PERSONAL AUTORIZADO

Ejecutante: YO la persona responsable del trabajo, entiendo cabalmente el trabajo que va a realizarse, así como las medidas de seguridad que se deben tomar. Dispongo de los recursos que son necesarios para el desarrollo de la actividad

No	NOMBRE Y APELLIDOS	NÚMERO DE CEDULA	CARGO	FIRMA
1	Sergio Castillo	1110299851	TECNICO	
2				
3	Carlos Sanchez	1.1046195.	Auxiliar	
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				

Multiservicios
PUNTO DE VENTA

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: 23-08-21 Hora inicial: 2:00 P.M. Hora final: 3:00 P.M.
 Actividad a realizar: Cambio de iluminación
 Lugar de la actividad: Tanque la 15
 Frente de obra: _____ Mina: _____ Planta calle tercera: _____

EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDO

<input checked="" type="checkbox"/> Casco	<input checked="" type="checkbox"/> Gafas	<input checked="" type="checkbox"/> Respirador	<input type="checkbox"/> Mangas	<input checked="" type="checkbox"/> Arnés	<input type="checkbox"/> Pelainas
<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"/> Camilla <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				LISTA DE VERIFICACIÓN			
	SI	NO	N/A		SI	NO	N/A
Afiliaciones EPS, AFP, ARL al día	<input checked="" type="checkbox"/>			ART con este permiso de trabajo	<input checked="" type="checkbox"/>		
Exámenes médicos (ingreso/periódicos) al día	<input checked="" type="checkbox"/>			Área de trabajo delimitada	<input checked="" type="checkbox"/>		
Exámenes médicos específicos al día	<input checked="" type="checkbox"/>			Área de trabajo señalizada	<input checked="" type="checkbox"/>		
Entrenados y capacitados para la tarea	<input checked="" type="checkbox"/>			Piso y/o paredes en buenas condiciones	<input checked="" type="checkbox"/>		
Certificaciones para realizar la tarea	<input checked="" type="checkbox"/>			Puntos de anclaje seguros	<input checked="" type="checkbox"/>		
Instruidos en los riesgos de la tarea	<input checked="" type="checkbox"/>			Condiciones ambientales que permitan el trabajo seguro	<input checked="" type="checkbox"/>		
Dotación en buen estado	<input checked="" type="checkbox"/>			Equipos y/o herramientas revisadas y en buen estado	<input checked="" type="checkbox"/>		
EPP's completos y en buen estado	<input checked="" type="checkbox"/>			Equipo de emergencias en buen estado	<input checked="" type="checkbox"/>		
Condiciones de salud óptimas	<input checked="" type="checkbox"/>			Sistema de acceso en buen estado (Barandas, escaleras, rampas, plataformas)	<input checked="" type="checkbox"/>		
MAQUINARIA Y EQUIPO PESADO				Sistemas eléctricos en óptimas condiciones			
LISTA DE VERIFICACIÓN				Distancia prudente (redes, eléctricas, gas, agua, etc.)			
	SI	NO	N/A	Mediciones ambientales (iluminación, ruido, gases, etc.) cuando aplique			
Revisión a maquinaria y equipo pesado				Material inflamable o explosivo alejado del área			
Operadores aptos				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. CÉDULA	FIRMA	FECHA	HORA
Encargado de la actividad	<u>Sergio Castilla</u>	<u>1109099151</u>		<u>23-08-21</u>	<u>2:00 P.M.</u>
Inspector SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas	<u>Luis Fernando Jarama</u>	<u>97380074</u>		<u>23-08-21</u>	<u>2:00 P.M.</u>

CIERRE DEL PERMISO					
RESPONSABLES	NOMBRE Y APELLIDOS	No. CÉDULA	FIRMA	FECHA	HORA
Encargado de la actividad					
Inspector SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas					



OBSERVACIONES:

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

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

PERSONAL AUTORIZADO

Ejecutante: YO la persona responsable del trabajo, entiendo cabalmente el trabajo que va a realizarse, así como las medidas de seguridad que se deben tomar. Dispongo de los recursos que son necesario para el desarrollo de la actividad

No	NOMBRE Y APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA	CARGO	FRMA
1	Sejio Castillo	110 409 851	Oficial	
2				
3				
4	Carlos Sanchez	110 461 925	Auxiliar	
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				

Multiverfaleo
Combinadas

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: 25-08-21 Hora inicial: 3:00 P.M. Hora final: 3:00 P.M.
 Actividad a realizar: Temple de líneas eléctricas
 Lugar de la actividad: Bocatoma Cay Nuevo
 Frente de obra: _____ Mina: _____ Planta calle tercera: _____

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDO

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

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	<u>Sergio Daniel Castillo</u>	<u>11049902</u>		<u>25/08/21</u>	<u>3:00 P.M.</u>
Inspector SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas	<u>Luis Fernando Jimenez</u>	<u>93380021</u>		<u>25/08/21</u>	<u>3:00 P.M.</u>

CIERRE DEL PERMISO

RESPONSABLES	NOMBRE Y APELLIDOS	No. CEDULA	FIRMA	FECHA	HORA
Encargado de la actividad					
Inspector SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas					

OBSERVACIONES:


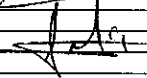
VIGENCIA Y RENOVACIÓN

	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

PERSONAL AUTORIZADO

Ejecutante: YO la persona responsable del trabajo, entiendo cabalmente el trabajo que va a realizarse, así como las medidas de seguridad que se deben tomar. Dispongo de los recursos que son necesarios para el desarrollo de la actividad

No	NOMBRE Y APELLIDOS	NÚMERO DE CEDULA	CARGO	FIRMA
1	Sergio Castillo	1116499851	Tecnico	
2				
3				
4	Carlos Sanchez	1110461925	Auxiliar	
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				



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: 07-09-21 Hora inicial: 8:00 a.m. Hora final: 3:00 p.m.
 Actividad a realizar: Mantenimiento de redes de iluminación
 Lugar de la actividad: Bocatorna Chembor
 Frente de obra: _____ Mina: _____ Planta calle tercera: _____

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDO

Casco
 Gafas
 Respirador
 Mangas
 Arnés
 Polainas
 Tapaoídos
 Careta
 Guantes
 Peto
 Autocontenido
 Bolas

Otros: _____

EQUIPO DE EMERGENCIAS REQUERIDO	SISTEMA DE ACCESO/SALIDA REQUERIDO
<input type="checkbox"/> Extintor <input type="checkbox"/> Camilla <input type="checkbox"/> Botiquín Otros: _____	<input 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				LISTA DE VERIFICACIÓN			
	SI	NO	N/A		SI	NO	N/A
Afiliaciones EPS, AFP, ARL al día	<input checked="" type="checkbox"/>			ART con este permiso de trabajo	<input checked="" type="checkbox"/>		
Exámenes médicos (ingreso/período) al día	<input checked="" type="checkbox"/>			Área de trabajo delimitado	<input checked="" type="checkbox"/>		
Exámenes médicos específicos al día	<input checked="" type="checkbox"/>			Área de trabajo señalizada	<input checked="" type="checkbox"/>		
Entrenados y capacitados para la tarea	<input checked="" type="checkbox"/>			Piso y/o paredes en buenas condiciones	<input checked="" type="checkbox"/>		
Certificaciones para realizar la tarea	<input checked="" type="checkbox"/>			Puntos de anclaje seguros	<input checked="" type="checkbox"/>		
Instruidos en los riesgos de la tarea	<input checked="" type="checkbox"/>			Condiciones ambientales que permiten el trabajo seguro	<input checked="" type="checkbox"/>		
Dotación en buen estado	<input checked="" type="checkbox"/>			Equipos y/o herramientas revisadas y en buen estado	<input checked="" type="checkbox"/>		
EPP's completos y en buen estado	<input checked="" type="checkbox"/>			Equipo de emergencias en buen estado	<input checked="" type="checkbox"/>		
Condiciones de salud óptimas	<input checked="" type="checkbox"/>			Sistema de acceso en buen estado (Barandas, escaleras, rampas, plataformas)	<input checked="" type="checkbox"/>		
MAQUINARIA Y EQUIPO PESADO				Sistemas eléctricos en óptimas condiciones			
LISTA DE VERIFICACIÓN				Distancia prudente (redes: eléctricas, gas, agua, etc.)			
	SI	NO	N/A	Mediciones ambientales (iluminación, ruido, gases, etc.) cuando aplique			
Revisión a maquinaria y equipo pesado				Material inflamable o explosivo alejado del área			
Operadores aptos				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	<u>Sergio Castillo</u>	<u>111044978</u>	<u>[Firma]</u>	<u>07-09-21</u>	<u>8:00 am.</u>
Inspector SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas	<u>Fernando Jimenez</u>	<u>93380074</u>	<u>[Firma]</u>	<u>07-09-21</u>	<u>8:00 am.</u>

CIERRE DEL PERMISO

RESPONSABLES	NOMBRE Y APELLIDOS	No. CEDULA	FIRMA	FECHA	HORA
Encargado de la actividad					
Inspector SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas					


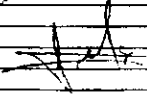
OBSERVACIONES:

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

PERSONAL AUTORIZADO

Ejecutante: YO la persona responsable del trabajo, entiendo cabalmente el trabajo que va a realizarse, así como las medidas de seguridad que se deben tomar. Dispongo de los recursos que son necesarios para el desarrollo de la actividad

No	NOMBRE Y APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA	CARGO	FIRMA
1				
2	Sergio Castillo	1110 999 851	Tecnico	
3				
4				
5				
6	Carlos Sanchez	1110 2161 925	Auxiliar	
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				

ÁREA DE TRABAJO: **Tanque cerro Gordo**
 FECHA: **12-08-21**
 Proceso: **Formato de Inspección Trabajo en Alturas**

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD O TAREA QUE REQUIERE EL TRABAJO EN ALTURA:
Mantenimiento de domingado

Nombre y apellidos del funcionario: **Sergio Castella**
 C.C.: **1110499851**
 Cargo: **Tecnico**

CATEGORÍA	EVALUACIÓN DE RIESGOS												OBSERVACIONES			
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
CAPACITACIÓN (CONTAR CON LA CERTIFICACIÓN)	Conoce la tarea a realizar?	X														
	Recibe capacitación en el procedimiento y estándar para el trabajo en altura del trabajador en fiscal para realizar la tarea?	X														
	Casco con barbiquejo?	X														
	Botas de seguridad?	X														
CUESTA CON ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Protección visual?	X														
	Guantes?	X														
	Ropa de trabajo adecuada a las condiciones de riesgo	X														
CUESTA CON EQUIPOS DE SEGURIDAD	Equipos de rescate (cuerntas, escalones otros)	X														
	Botiquín de primeros auxilios?	X														
	Señalización y demarcación de área de trabajo?	X														
	Andamios?															
CUESTA CON SISTEMAS DE ACCESO	Plataformas?															
	Escaleras?															
	Barridos?															
	Otros?															
EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS	Antes de cuerpo completo?	X														
	Puntos de anclaje?	X														
	Mecanismos de anclaje?	X														
	Eslings?	X														
	Líneas de vida?	X														
Otros?																

ELABORÓ: **Sergio Castella**
 NOMBRE: **Sergio Castella**
 CARGO: **Tecnico Operario**

REVISÓ: **Naydel Delgado Melo**
 NOMBRE: **Naydel Delgado Melo**
 CARGO: **Asesor SST**

APROBÓ:
 NOMBRE:
 CARGO:
 OBSERVACIONES:

AREA DE TRABAJO: Bocatoma Cay Nuevo

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD O TAREA QUE REQUIERE EL TRABAJO EN ALTURA: Temple de líneas de iluminación.

Nombre y apellidos del funcionario: Sergio Castillo

CATEGORÍA DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN																Observaciones
	S	NO	IV	NO	IV	NO	IV	NO	IV	NO	IV	NO	IV	NO	IV	NO	
CAPACITACIÓN (CONFORME A LA CERTIFICACIÓN)	Conoce la tarea a realizar?																
	Recibió capacitación en el procedimiento y estándar para trabajar en altura?																
	El estándar de salud del trabajador es ideal para realizar la tarea?																
CUENTA CON ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Casco con barbuquejo?																
	Botas de seguridad?																
	Protección visual?																
	Guantes?																
	Ropa de trabajo adecuada a las labores de riesgo?																
CUENTA CON EQUIPOS DE SEGURIDAD	Equipos de rescate (cuerdas, escaleras, otras) Botiquín de primeros auxilios?																
	Señalización y demarcación de área de trabajo?																
	Andamios?																
CUENTA CON SISTEMAS DE ACCESO	Plataformas?																
	Escaleras?																
	Barandillas?																
EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS	Otras?																
	Antes de cuerpo completo?																
	Puntos de anclaje?																
	Mecanismos de anclaje?																
	Eslingas?																
	Líneas de vida?																
	Conectores?																
Otras?																	

ELABORADO: Sergio Castillo

REVISÓ: Néstor Delgado Melo

NOMBRE: Sergio Castillo

CARGO: Técnico

APROBÓ: Néstor Delgado Melo

NOMBRE: Néstor Delgado Melo

CARGO: SST

Fecha: 05/23/2021

Nombre y apellido del funcionario: Seguro Castillo C.C.: 110299251 Cargo: Tecnico

FECHA: 07-09-21

Verión: 001

Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo
Proceso: Formato de Inspección Trabajo en Alturas

ÁREA DE TRABAJO: Planta a chembe.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD Y TAREA QUE REQUIERE EL TRABAJADOR EN ALTURA: Mantenimiento de domo

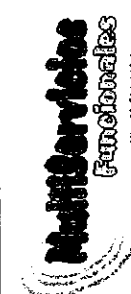
Parque con una X (SI), NI o N/A realizando la inspección de cada uno de los elementos que se relaciona a continuación:

		S	NI	A	SI	NI	A	SI	NI	A	SI	NI	A	SI	NI	A	SI	NI	A	SI	NI	A	SI	NI	A	SI	NI	A	SI	NI	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																																				
	¿Casco con barbuqueo?	X																																				
CUENTA CON ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	¿Botas de seguridad?	X																																				
	¿Protección visual?	X																																				
	¿Guañetes?	X																																				
CUENTA CON EQUIPOS DE SEGURIDAD	¿Ropa de trabajo adecuada a los riesgos de fuego?	X																																				
	¿Equipos de rescate? (cuerdas, escaleras otros)	X																																				
	¿Buzo quin de primeros auxilios?	X																																				
	¿Señalización y demarcación de área de trabajo?	X																																				
CUENTA CON SISTEMAS DE ACCESO	¿Andamios?	X																																				
	¿Plataformas?	X																																				
	¿Escaleras?	X																																				
	¿Barandales?	X																																				
EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS	¿Otros?	X																																				
	¿Aros de cuerpo completo?	X																																				
	¿Puntos de anclaje?	X																																				
	¿Mecanismos de anclaje?	X																																				
	¿Eslingas?	X																																				
	¿Líneas de vida?	X																																				
	¿Conectores?	X																																				

REVISÓ: Seguro Castillo
NOMBRE: Seguro Castillo
CARGO: tecnico

APROBÓ: Seguro Castillo
NOMBRE: Seguro Castillo
CARGO: Asesor SST

CAPACITACIONES PLAN ANUAL SST

	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		CÓDIGO: SST.F.003
	MULTISERVICIOS FUNCIONALES		VERSION 001
	FORMATO ASISTENCIA		MAYO 2020


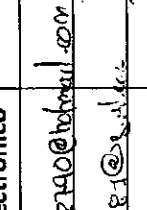
TIPO DE ACTIVIDAD: Capacitación: Reunión: _____ Otra: _____

TEMA: Sensibilización y uso adecuado de Tratóbocar

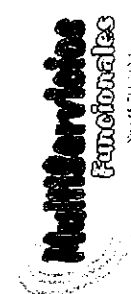
FECHA: 23- Agosto- 2020

RESPONSABLE: NEYRETH DELGADO MELO _____

No de Horas: _____


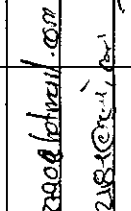
No	Nombre(s) y Apellido (s)	Cedula	Cargo	Correo electrónico	Firma
1	Sergio Castillo	1110499851	Oficial	Segunhoz190@hotmail.com	
2	Alexis Sanchez	1110461925	AUX	ALOSANZURTE@salud.gov.ec	
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

Observaciones:

	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		CÓDIGO: SST.F.003
	MULTISERVICIOS FUNCIONALES		VERSIÓN 001
	FORMATO ASISTENCIA		MAYO 2020

TIPO DE ACTIVIDAD: Capacitación: X Reunión: Otra:
TEMA: Socialización Turnos, Horarios de limpieza y desinfección epp.
FECHA: 27- Agosto-2021
RESPONSABLE: NEYRETH DELGADO MELO

No de Horas:

No	Nombre(s) y Apellido (s)	Cedula	Cargo	Correo electrónico	Firma
1	Sergio Castillo	1110499851	Oficial	Sergiohcastillo@hotmail.com	
2	Carlos Sanchez	1110461925	AUX	klussm2181@cepreni.com	
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

Observaciones:




MultiServicios Funcionales

Nit.: 65 744 442-1

HORARIOS		
CARGOS	TURNOS	OBSERVACIONES
MANTENIMIENTO ELECTRICO	7:00am	Entrada (Lavado de manos), limpieza de zapatos, cambio de ropa.
	10:00am	Lavado de manos, hidratación, limpieza de zapatos, limpieza puesto Y herramientas de trabajo.
	11:30pm	Almuerzo (lavado de manos) limpieza puesto Y herramientas de trabajo.
	12:30pm	
	2:00pm	Lavado de manos desinfección de zapatos e hidratación.
	6:00pm	Salida, lavado de manos, cambio de ropas, hidratación, limpieza y desinfección puesto Y herramientas de trabajo, lavado de manos

Sandra Edith Puentes

SANDRA EDITH PUENTES DELGADO
CC. 65. 744. 442 de Ibagué-Tolima
MULTISERVICIOS TEMPORALES

Casco		<p>Comprobar que el casco cumple con el estándar de seguridad requerido.</p> <p>Comprobar que el casco cumple con el estándar de seguridad requerido.</p>	<p>Comprobar que el casco cumple con el estándar de seguridad requerido.</p> <p>Comprobar que el casco cumple con el estándar de seguridad requerido.</p>	<p>Comprobar que el casco cumple con el estándar de seguridad requerido.</p> <p>Comprobar que el casco cumple con el estándar de seguridad requerido.</p>	<p>Comprobar que el casco cumple con el estándar de seguridad requerido.</p> <p>Comprobar que el casco cumple con el estándar de seguridad requerido.</p>	<p>Comprobar que el casco cumple con el estándar de seguridad requerido.</p> <p>Comprobar que el casco cumple con el estándar de seguridad requerido.</p>
Eldergas, amies y Barbuquejos		<p>Comprobar que el equipo cumple con el estándar de seguridad requerido.</p> <p>Comprobar que el equipo cumple con el estándar de seguridad requerido.</p>	<p>Comprobar que el equipo cumple con el estándar de seguridad requerido.</p> <p>Comprobar que el equipo cumple con el estándar de seguridad requerido.</p>	<p>Comprobar que el equipo cumple con el estándar de seguridad requerido.</p> <p>Comprobar que el equipo cumple con el estándar de seguridad requerido.</p>	<p>Comprobar que el equipo cumple con el estándar de seguridad requerido.</p> <p>Comprobar que el equipo cumple con el estándar de seguridad requerido.</p>	<p>Comprobar que el equipo cumple con el estándar de seguridad requerido.</p> <p>Comprobar que el equipo cumple con el estándar de seguridad requerido.</p>
Protector Facial		<p>Comprobar que el protector facial cumple con el estándar de seguridad requerido.</p> <p>Comprobar que el protector facial cumple con el estándar de seguridad requerido.</p>	<p>Comprobar que el protector facial cumple con el estándar de seguridad requerido.</p> <p>Comprobar que el protector facial cumple con el estándar de seguridad requerido.</p>	<p>Comprobar que el protector facial cumple con el estándar de seguridad requerido.</p> <p>Comprobar que el protector facial cumple con el estándar de seguridad requerido.</p>	<p>Comprobar que el protector facial cumple con el estándar de seguridad requerido.</p> <p>Comprobar que el protector facial cumple con el estándar de seguridad requerido.</p>	<p>Comprobar que el protector facial cumple con el estándar de seguridad requerido.</p> <p>Comprobar que el protector facial cumple con el estándar de seguridad requerido.</p>

El presente documento es una copia de seguridad de los datos que se encuentran en el archivo original. No se garantiza la exactitud de la información contenida en este documento. Toda información errónea o incompleta será responsabilidad del usuario.

NOTA:

Este documento es una copia de seguridad de los datos que se encuentran en el archivo original. No se garantiza la exactitud de la información contenida en este documento. Toda información errónea o incompleta será responsabilidad del usuario.

ACTA DE RECIBO ELEMENTOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCION

Yo, Sergio Daniel castillo Trujillo con cedula de ciudadanía No. 1.110.499.851, y Carlos Andrés Sánchez Martínez identificado con la cedula de ciudadanía No. 1.110.461.925 de Ibagué, se confirma el recibido por parte de la empresa MULTISERVICIOS FUNCIONALES, lo correspondiente a elementos de limpieza y desinfección así:

NO.	DESCRIPCION	CANTIDAD
	ANTIBACTERIAL	1
	TOHALLAS DE MANOS	1
	ALCOHOL	1
	JABON	1
	TAPABOCAS	DIARIO

De igual manera me comprometo a usar la dotación para las labores contratadas, de lo contrario quedare eximido para la entrega del siguiente periodo según el artículo 233 del CST

NOMBRE Y APELLIDO: Sergio Daniel Castillo Trujillo

FECHA: 02 10 2021

NOMBRE Y APELLIDO: Carlos Sanchez

FECHA: 02 10 2021

ID NIT ARL	NOMBRE ARL	ID EPS	NOMBRE EPS
860011153	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	EPS002	SALUD TOTAL S.A.
860011153	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	EPS002	SALUD TOTAL S.A.
860011153	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	EPS002	SALUD TOTAL S.A.
860011153	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	EPS002	SALUD TOTAL S.A.
860011153	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	EPS002	SALUD TOTAL S.A.
860011153	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	EPS002	SALUD TOTAL S.A.

NOMBRE DEPARTAMENTO EMPRESA	ID DANE MUNICIPIO EMPRESA	NOMBRE MUNICIPIO EMPRESA	COD DANE EMPRESA
TOLIMA	001	IBAGUE	73001
TOLIMA	001	IBAGUE	73001
TOLIMA	001	IBAGUE	73001
TOLIMA	001	IBAGUE	73001
TOLIMA	001	IBAGUE	73001
TOLIMA	001	IBAGUE	73001

ID TRABAJADOR	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE
1110499851	CASTILLO	TRUJILLO	SERGIO
1110499851	CASTILLO	TRUJILLO	SERGIO
1110499851	CASTILLO	TRUJILLO	SERGIO
1110499851	CASTILLO	TRUJILLO	SERGIO
1110499851	CASTILLO	TRUJILLO	SERGIO
1110499851	CASTILLO	TRUJILLO	SERGIO

CORREO TRABAJADOR	TELÉFONO TRABAJADOR	ID DEPARTAMENTO TRABAJADOR	NOMBRE DEPARTAMENTO TRABAJADOR
serginho2790@hotmail.com	3223503847	73	TOLIMA
serginho2790@hotmail.com	3223503847	73	TOLIMA
serginho2790@hotmail.com	3223503847	73	TOLIMA
serginho2790@hotmail.com	3223503847	73	TOLIMA
serginho2790@hotmail.com	3223503847	73	TOLIMA
serginho2790@hotmail.com	3223503847	73	TOLIMA

¿Has tenido fiebre? (Mayor o igual a 38 °C)	¿Te has tomado la temperatura con un termómetro?	¿Si te mediste la temperatura con un termómetro, cuánto te dio?	¿Has presentado tos seca?
NO	NO	No Aplica	Sin tos seca
ND	ND	No Aplica	Sin tos seca
NO	SI	35.5	Sin tos seca
NO	NO	No Aplica	Sin tos seca
NO	SI	36	Sin tos seca
NO	SI	35.7	Sin tos seca

¿Sientes que respiras normal?	¿Sientes alguna molestia en el pecho? ("opresión o ardor")	¿Has tenido la nariz tapada o fluido nasal?	¿Has tenido dolor de garganta?
SI	Ninguna Molestia	NO	Sin dolor
SI	Ninguna Molestia	SI	Sin dolor
SI	Ninguna Molestia	ND	Sin dolor
SI	Ninguna Molestia	NO	Sin dolor
SI	Ninguna Molestia	NO	Sin dolor
SI	Ninguna Molestia	ND	Sin dolor

NIT EMPRESA	NOMBRE EMPRESA	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	ID DEPARTAMENTO EMPRESA
65744442	SANDRA EDITH PUENTES DELGADO	30/08/2021 11:19:23	73
65744442	SANDRA EDITH PUENTES DELGADO	25/08/2021 07:31:06	73
65744442	SANDRA EDITH PUENTES DELGADO	20/08/2021 07:45:18	73
65744442	SANDRA EDITH PUENTES DELGADO	17/08/2021 09:10:31	73
65744442	SANDRA EDITH PUENTES DELGADO	15/08/2021 10:11:37	73
65744442	SANDRA EDITH PUENTES DELGADO	11/08/2021 07:26:38	73

DIRECCIÓN EMPRESA PRINCIPAL	ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA	TD TRABAJADOR
KR 6 SUR 20A 26 BR GALAN	5455901	OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO	CC
KR 6 SUR 20A 26 BR GALAN	5455901	OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO	CC
KR 6 SUR 20A 26 BR GALAN	5455901	OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO	CC
KR 6 SUR 20A 26 BR GALAN	5455901	OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO	CC
KR 6 SUR 20A 26 BR GALAN	5455901	OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO	CC
KR 6 SUR 20A 26 BR GALAN	5455901	OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO	CC

SEGUNDO NOMBRE	SEXO TRABAJADOR	FECHA DE NACIMIENTO TRABAJADOR	EDAD TRABAJADOR
DANIEL	MASCULINO	1990-06-29	31
DANIEL	MASCULINO	1990-06-29	31
DANIEL	MASCULINO	1990-06-29	31
DANIEL	MASCULINO	1990-06-29	31
DANIEL	MASCULINO	1990-06-29	31
DANIEL	MASCULINO	1990-06-29	31

ID MUNICIPIO TRABAJADOR	NOMBRE MUNICIPIO TRABAJADOR	COD DANE EMPLEADO	DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR
001	IBAGUE	73001	CALLE 23 #1-44
001	IBAGUE	73001	CALLE 23 #1-44
001	IBAGUE	73001	CALLE 23 #1-44
001	IBAGUE	73001	CALLE 23 #1-44
001	IBAGUE	73001	CALLE 23 #1-44
001	IBAGUE	73001	CALLE 23 #1-44

¿Sientes que te cansas con el mínimo esfuerzo?	¿Has tenido malestar general ("meluquera")?	¿Sientes que te duelen los músculos?	¿Te duele la cabeza?
NO	ND	Poco dolor	Sin dolor
NO Estoy Seguro	ND	Poco dolor	Poco dolor
ND	ND	Sin dolor	Sin dolor
NO	ND	Sin dolor	Sin dolor
ND	ND	Sin dolor	Sin dolor
NO Estoy Seguro	ND	Poco dolor	Sin dolor

¿Sientes que has dejado de percibir olores y/o sabores?	¿Has tenido diarrea?	¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19?	SOSPECHOSO
NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	NO
NO	ND	NO	NO

ID_NIT_ARL	NOMBRE ARL	ID_EPS	NOMBRE_EPS	NIT_EMPRESA	NOMBRE_EMPRESA
860011153	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	EPS005	E.P.S.SANITAS	65744442	SANDRA EDITH PUENTES DELGADO
860011153	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	EPS005	E.P.S.SANITAS	65744442	SANDRA EDITH PUENTES DELGADO
860011153	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	EPS005	E.P.S.SANITAS	65744442	SANDRA EDITH PUENTES DELGADO
860011153	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	EPS005	E.P.S.SANITAS	65744442	SANDRA EDITH PUENTES DELGADO
860011153	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	EPS005	E.P.S.SANITAS	65744442	SANDRA EDITH PUENTES DELGADO
860011153	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	EPS005	E.P.S.SANITAS	65744442	SANDRA EDITH PUENTES DELGADO
860011153	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	EPS005	E.P.S.SANITAS	65744442	SANDRA EDITH PUENTES DELGADO
860011153	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	EPS005	E.P.S.SANITAS	65744442	SANDRA EDITH PUENTES DELGADO
860011153	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	EPS005	E.P.S.SANITAS	65744442	SANDRA EDITH PUENTES DELGADO
860011153	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	EPS005	E.P.S.SANITAS	65744442	SANDRA EDITH PUENTES DELGADO
860011153	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	EPS005	E.P.S.SANITAS	65744442	SANDRA EDITH PUENTES DELGADO
860011153	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	EPS005	E.P.S.SANITAS	65744442	SANDRA EDITH PUENTES DELGADO
860011153	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	EPS005	E.P.S.SANITAS	65744442	SANDRA EDITH PUENTES DELGADO
860011153	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	EPS005	E.P.S.SANITAS	65744442	SANDRA EDITH PUENTES DELGADO
860011153	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	EPS005	E.P.S.SANITAS	65744442	SANDRA EDITH PUENTES DELGADO
860011153	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	EPS005	E.P.S.SANITAS	65744442	SANDRA EDITH PUENTES DELGADO
860011153	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	EPS005	E.P.S.SANITAS	65744442	SANDRA EDITH PUENTES DELGADO
860011153	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	EPS005	E.P.S.SANITAS	65744442	SANDRA EDITH PUENTES DELGADO
860011153	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	EPS005	E.P.S.SANITAS	65744442	SANDRA EDITH PUENTES DELGADO
860011153	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	EPS005	E.P.S.SANITAS	65744442	SANDRA EDITH PUENTES DELGADO
860011153	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	EPS005	E.P.S.SANITAS	65744442	SANDRA EDITH PUENTES DELGADO

FECHA DE INGRESO	ID DEPARTAMENTO EMPRESA	NOMBRE DEPARTAMENTO	ID CIUDADE MUNICIPIO	NOMBRE MUNICIPIO EMPRESA	COD CIUDADE EMPRESA
10/09/2021 07:54:47	73	TOULIMA	001	IBAGUE	73001
07/09/2021 07:04:44	73	TOULIMA	002	IBAGUE	73001
06/09/2021 10:22:21	73	TOULIMA	001	IBAGUE	73001
04/09/2021 08:51:30	73	TOULIMA	001	IBAGUE	73001
02/09/2021 07:33:01	73	TOULIMA	001	IBAGUE	73001
01/09/2021 06:42:50	73	TOULIMA	002	IBAGUE	73001
27/08/2021 10:40:24	73	TOULIMA	002	IBAGUE	73001
25/08/2021 07:30:49	73	TOULIMA	001	IBAGUE	73001
24/08/2021 07:47:56	73	TOULIMA	081	IBAGUE	73001
21/08/2021 07:08:39	73	TOULIMA	081	IBAGUE	73001
20/08/2021 01:45:22	73	TOULIMA	001	IBAGUE	73001
19/08/2021 07:09:16	73	TOULIMA	002	IBAGUE	73001
18/08/2021 14:14:23	73	TOULIMA	001	IBAGUE	73001
17/08/2021 07:24:39	73	TOULIMA	081	IBAGUE	73001
14/08/2021 07:13:09	73	TOULIMA	081	IBAGUE	73002
11/08/2021 07:08:46	73	TOULIMA	002	IBAGUE	73001


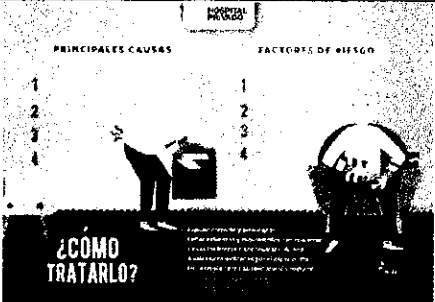
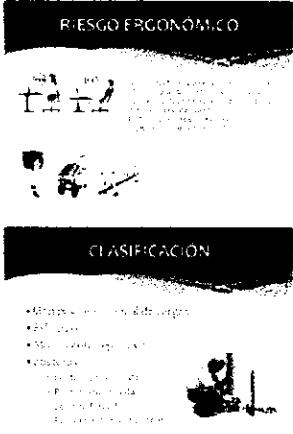
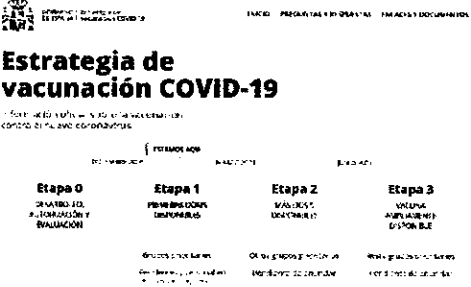
DIRECCION EMPRESA PRINCIPAL	ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL	DESCRIPCION ACTIVIDAD	ID TRABAJADOR	LO TRABAJADOR	PRIMER APELLIDO
KR 6 SUR 20A 26 BR GALAN	5455902	OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO	CC	2110461925	SANCHEZ
KR 6 SUR 20A 26 BR GALAN	5455901	OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO	CC	2310461925	SANCHEZ
KR 6 SUR 20A 26 BR GALAN	5455901	OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO	CC	1110461925	SANCHEZ
KR 6 SUR 20A 26 BR GALAN	5455901	OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO	CC	5110461925	SANCHEZ
KR 6 SUR 20A 36 BR GALAN	5455902	OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO	CC	2110461925	SANCHEZ
KR 6 SUR 20A 26 BR GALAN	5455901	OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO	CC	1110461925	SANCHEZ
KR 6 SUR 20A 26 BR GALAN	5455901	OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO	CC	2110461925	SANCHEZ
KR 6 SUR 20A 26 BR GALAN	5455901	OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO	CC	1110461925	SANCHEZ
KR 6 SUR 20A 26 BR GALAN	5455902	OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO	CC	2110461925	SANCHEZ
KR 6 SUR 20A 26 BR GALAN	5455901	OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO	CC	1110461925	SANCHEZ
KR 6 SUR 20A 26 BR GALAN	5455901	OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO	CC	2110461925	SANCHEZ
KR 6 SUR 20A 26 BR GALAN	5455901	OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO	CC	2110461925	SANCHEZ
KR 6 SUR 20A 26 BR GALAN	5455901	OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO	CC	2110461925	SANCHEZ
KR 6 SUR 20A 26 BR GALAN	5455901	OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO	CC	2110461925	SANCHEZ
KR 6 SUR 20A 26 BR GALAN	5455901	OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO	CC	2110461925	SANCHEZ
KR 6 SUR 20A 26 BR GALAN	5455901	OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO	CC	1210461925	SANCHEZ

SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO TRABAJADOR	FECHA DE NACIMIENTO TRABAJADOR	EDAD TRABAJADOR
MARTINEZ	CARLOS	ANDRES	MASCULINO	1987-07-24	34
MARTINEZ	CARLOS	ANDRES	MASCULINO	1987-07-24	34
MARTINEZ	CARLOS	ANDRES	MASCULINO	1987-07-24	34
MARTINEZ	CARLOS	ANDRES	MASCULINO	1987-07-24	34
MARTINEZ	CARLOS	ANDRES	MASCULINO	1987-07-24	34
MARTINEZ	CARLOS	ANDRES	MASCULINO	1987-07-24	34
MARTINEZ	CARLOS	ANDRES	MASCULINO	1987-07-24	34
MARTINEZ	CARLOS	ANDRES	MASCULINO	1987-07-24	34
MARTINEZ	CARLOS	ANDRES	MASCULINO	1987-07-24	34
MARTINEZ	CARLOS	ANDRES	MASCULINO	1987-07-24	34
MARTINEZ	CARLOS	ANDRES	MASCULINO	1987-07-24	34
MARTINEZ	CARLOS	ANDRES	MASCULINO	1987-07-24	34
MARTINEZ	CARLOS	ANDRES	MASCULINO	1987-07-24	34
MARTINEZ	CARLOS	ANDRES	MASCULINO	1987-07-24	34
MARTINEZ	CARLOS	ANDRES	MASCULINO	1987-07-24	34
MARTINEZ	CARLOS	ANDRES	MASCULINO	1987-07-24	34
MARTINEZ	CARLOS	ANDRES	MASCULINO	1987-07-24	34
MARTINEZ	CARLOS	ANDRES	MASCULINO	1987-07-24	34

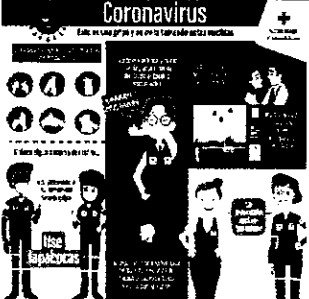
CORREO TRABAJADOR	TELÉFONO TRABAJADOR	ID DEPARTAMENTO TRABAJADOR	NOMBRE DEPARTAMENTO	ID MUNICIPIO TRABAJADOR	NOMBRE MUNICIPIO TRABAJADOR
Krlossan2487@gmail.com	3159285278	73	TOUMA	001	IBAGUE
Krlossan2487@gmail.com	3159285270	73	TOUMA	001	IBAGUE
Krlossan2487@gmail.com	3159285279	73	TOUMA	001	IBAGUE
Krlossan2487@gmail.com	3159285270	73	TOUMA	001	IBAGUE
Krlossan2487@gmail.com	3159285270	73	TOUMA	001	IBAGUE
Krlossan2487@gmail.com	3159185270	73	TOUMA	001	IBAGUE
Krlossan2487@gmail.com	3159285270	73	TOUMA	001	IBAGUE
Krlossan2487@gmail.com	3159285270	73	TOUMA	001	IBAGUE
Krlossan2487@gmail.com	3159285270	73	TOUMA	001	IBAGUE
Krlossan2487@gmail.com	3159285278	73	TOUMA	001	IBAGUE
Krlossan2487@gmail.com	3159285278	73	TOUMA	001	IBAGUE
Krlossan2487@gmail.com	3159285270	73	TOUMA	001	IBAGUE
Krlossan2487@gmail.com	3159285270	73	TOUMA	001	IBAGUE
Krlossan2487@gmail.com	3159185270	73	TOUMA	001	IBAGUE
Krlossan2487@gmail.com	3159185270	73	TOUMA	001	IBAGUE
Krlossan2487@gmail.com	3159245270	73	TOUMA	001	IBAGUE

COD DANE EMPLEADO	DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR	¿Has tenido fiebre? (Mayor o igual a 38°C)	¿Te has tomado la temperatura con un	¿Si te mediste la temperatura con un	¿Has presentado tos seca?
73001	CRA 1 SUR NO. 5 -62	NO	NO	No Aplica	Sin tos seca
73001	CRA 1 SUR NO. 5 -62	NO	NO	No Aplica	Sin tos seca
73001	CRA 1 SUR NO. 5 -62	NO	NO	No Aplica	Sin tos seca
73001	ERA 1 SUR NO. 5 -62	NO	NO	No Aplica	Sin tos seca
73001	CRA 1 SUR NO. 5 -62	NO	SI	36	Sin tos seca
73001	CRA 1 SUR NO. 5 -62	NO	NO	No Aplica	Sin tos seca
73001	CRA 1 SUR NO. 5 -62	NO	SI	36,5	Sin tos seca
73001	CRA 1 SUR NO. 5 -62	NO	NO	No Aplica	Sin tos seca
73001	CRA 1 SUR NO. 5 -62	NO	SI	35,5	Sin tos seca
73001	CRA 1 SUR NO. 5 -62	NO	SI	36	Sin tos seca
73001	CRA 2 SUR NO. 5 -62	NO	NO	No Aplica	Sin tos seca
73001	CRA 1 SUR NO. 5 -62	NO	NO	No Aplica	Sin tos seca
73001	CRA 1 SUR NO. 5 -62	NO	SI	36	Sin tos seca
73001	CRA 1 SUR NO. 5 -62	NO	NO	No Aplica	Sin tos seca
73001	CRA 1 SUR NO. 5 -62	NO	NO	No Aplica	Sin tos seca
73001	CRA 1 SUR NO. 5 -62	NO	NO	No Aplica	Sin tos seca

EVIDENCIAS DE CAPACITACIONES Y PLAN ANUAL DE TRABAJO:

CAPACITACION	FECHA	MEDIO	EVIDENCIA
Hábitos y ejercicios para la columna	17/08/2021		 <p>https://youtu.be/ygcmGps4V2U</p>
Prevención del dolor lumbar	23/08/2021		
Biomecánica ocupacional	23/08/2021		
vacunación	02/09/2021		

<p>Diabetes - obesidad</p>	<p>06/09/2021</p>		
<p>socializar turnos y horarios de limpieza, desinfección, lavado de manos, y las responsabilidades de los trabajadores establecido en el protocolo general de bioseguridad</p>	<p>27/08/2021</p>	<p>Internet, WhatsApp</p>	
<p>Capacitación en limpieza y desinfección, socialización matriz de desinfección de EPP.</p>	<p>27/08/2021</p>	<p>Internet, WhatsApp</p>	
<p>Sensibilización uso adecuado del tapabocas (video compartido por WhatsApp)</p>	<p>27/08/2021</p>	<p>Internet, WhatsApp</p>	<p>https://youtu.be/J7XZfsZLBZ8</p>
<p>Realizar pausas activas cognitivas</p>	<p>23/08/2021</p>	<p>internet, correos electronicos</p>	

<p>Realizar campañas de prevención del contagio por Covid 19</p>	<p>23/08/2021</p>	<p>Internet, WhatsApp</p>	
------------------------------------------------------------------	-------------------	-------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

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.



SANDRA EDITH PUENTES DELGADO

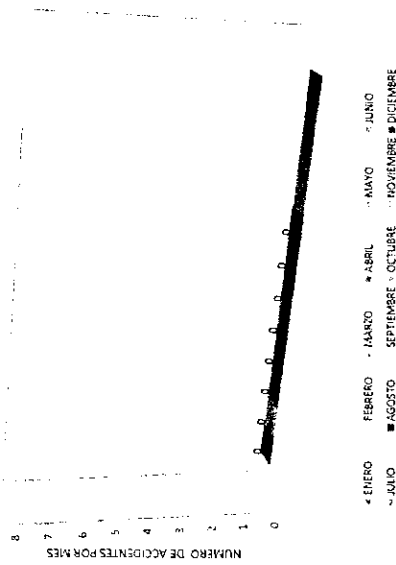
FRECUENCIA DE LOS ACCIDENTES									
NOMBRE INDICADOR	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	DIETIVO DEL INDICADOR	LIMITE DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	PERIODICIDAD DEL ANALISIS	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESPONSABLE DE CALCULAR EL INDICADOR	FORMULA	QUIENES DEBEN CONOCER RESULTADO?
Frecuencia de los accidentes	Número de veces que ocurre un accidente en el mes	Disminuir los accidentes al 50% con relación al mes anterior	MEMORABLE de los accidentes mensuales	Resultado	Mensual	Página ARL, FURAT Gestión humana	SST	Número de accidentes que se presentaron en el mes/ No de trabajadores en el mes * 100	COPASS, ALTA GERENCIA
Número de accidentes en el año:									

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

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

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

FRECUENCIA DE LOS ACCIDENTES



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

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

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

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

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

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

PREVALENCIA DE ENFERMEDAD 2021

NOMBRE INDICADOR	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	LIMITE DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	PERIODICIDAD DEL ANALISIS	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESPONSABLE DE CALCULAR EL INDICADOR	FORMULA	QUEMOS DEBEN COORDINAR RESULTADO?
Prevalencia de enfermedad laboral	Número de casos de una enfermedad laboral presente en una población en un periodo de tiempo	Mantener la tasa de mortalidad en 0%	MEJORABLE 0 Casos	Resultado	Anual	Página ARL, Diagnostico medico laboral, Calificación JCI	SST	Numero de casos nuevos y antiguos de enfermedad laboral en el periodo/ promedio total de trabajadores en el periodo * 100.000	COPASS, ALTA GERENCIA

FORMULA	No DE CASOS NUEVOS EN EL AÑO	No DE CASOS ANTIGUOS EN EL AÑO	PROMEDIO TRABAJADORES EN EL AÑO EN EL AÑO	RESULTADO
Numero de casos nuevos y antiguos de enfermedad laboral en el periodo/ promedio total de trabajadores en el periodo * 100.000	0	0	2	0,00

SEVERIDAD DE LOS ACCIDENTES									
NOMBRE INDICADOR	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	LÍMITE DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	PERIODICIDAD DEL ANÁLISIS	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESPONSABLE DE CALCULAR	FORMULA	¿QUIÉNES DEBEN CONOCER RESULTADO?
Severidad de los accidentes	Número de días perdidos y/o cargados por accidentes laborales en un periodo de tiempo	Disminuir o mantener la meta establecida de la severidad para el mes	MEJORABLE 10-30 días de incapacidad	Resultado	Mensual	Página ARL, Gestión humana	SST	$\frac{\text{Número de días de incapacidad por accidente de trabajo en el mes} + \text{Número de días cargados en el periodo}}{\text{Número de trabajadores en el mes}} \times 100$	COPASS, ALTA GERENCIA

SEVERIDAD DE LOS ACCIDENTES ENERO			
FORMULA	No DE DIAS PERDIDOS EN EL MES	No DE TRABAJADORES EN EL MES	RESULTADO
$\frac{\text{Número de días de incapacidad por accidente de trabajo en el mes} + \text{Número de días cargados en el periodo}}{\text{Número de trabajadores en el mes}} \times 100$		2	0%

SEVERIDAD DE LOS ACCIDENTES

SEVERIDAD DE LOS ACCIDENTES FEBRERO			
FORMULA	No DE ACCIDENTES	No DE TRABAJADORES EN EL MES	RESULTADO
$\frac{\text{Número de días de incapacidad por accidente de trabajo en el mes} + \text{Número de días cargados en el periodo}}{\text{Número de trabajadores en el mes}} \times 100$		2	0%

SEVERIDAD DE LOS ACCIDENTES MARZO			
FORMULA	No de Días de Incapacidad	No DE TRABAJADORES EN EL MES	RESULTADO
$\frac{\text{Número de días de incapacidad por accidente de trabajo en el mes} + \text{Número de días cargados en el periodo}}{\text{Número de trabajadores en el mes}} \times 100$		2	0%

SEVERIDAD DE LOS ACCIDENTES ABRIL			
FORMULA	No de Dias 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		2	0%

SEVERIDAD DE LOS ACCIDENTES MAYO			
FORMULA	No de Dias 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		2	0%

SEVERIDAD DE LOS ACCIDENTES JUNIO			
FORMULA	No de Dias 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		2	0%

SEVERIDAD DE LOS ACCIDENTES JULIO			
FORMULA	No de Dias 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		2	0%

SEVERIDAD DE LOS ACCIDENTES AGOSTO			
FORMULA	No de Dias de Incapacidad	No DE TRABAJADORES EN EL MES	RESULTADO
Número de días perdidos y/o cargados por accidentes laborales en un periodo de tiempo		2	0%

SEVERIDAD DE LOS ACCIDENTES SEPTIEMBRE			
FORMULA	No de Dias 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	#DIV/0!

INCIDENCIA DE ENFERMEDAD 2021

NOMBRE INDICADOR	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	LIMITE DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	PERIODICIDAD DEL ANALISIS	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESPONSABLE DE CALCULAR EL INDICADOR	FORMULA	QUIENES DEBEN CONOCER RESULTADO?
Incidencia de enfermedad laboral	Numero de casos nuevos de enfermedad en una población determinada en un periodo determinado	Mantener en 0% el indice de enfermedad laboral	MEJORABLE 2 Casos	Resultado	Anual	Pagina ARL	SST	Numero de casos nuevos de una enfermedad laboral en el periodo/ promedio total de trabajadores en el periodo * 100.000	COPASS, ALTA GERENCIA

FORMULA	NO DE CASOS NUEVOS EN EL AÑO	PROMEDIO TRABAJADORES EN EL AÑO EN EL AÑO	RESULTADO
Numero de casos nuevos de una enfermedad laboral en el periodo/ promedio total de trabajadores en el periodo * 100.000	0	2	0



FICHA TECNICA DE EVALUACION Y REEVALUACION DE PROVEEDORES

CÓDIGD: GJ-R-056

FECHA VIGENCIA:

15/07/2021

VERSIÓN: 01

Página 1 de 4

SISTEMA INTEGRADD DE GESTIÓN

Evaluación: Fecha evaluación Septiembre 14 de 2021 Reevaluación: Fecha reevaluación: _____

Acta Parcial N° 03 Acta Final _____

INFORMACION DEL CONTRATO

NUMERO Y FECHA: 080 DEL 02 DE JUNIO DE 2021

NOMBRE DEL PRDVEEDOR 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 IBA S.A.E.S.P OFICIAL".

CLASE DE CONTRATO

- 1. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PRDFESIONALES 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
CDBERTURA DEL SERVICIO	5	ATENCION DE REQUERIMIENTOS	4
TIEMPD DE RESPUESTA A REQUERIMIENTOS	4	DISPOSICION DEL SERVICIO	5
CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE TRABAJO	5	PAGO DPORTUNO 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
TDTAL 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 SUPERVISDR 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 cumplio con los requerimientos solicitados.

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

INTERPONE RECURSO DE REPOSICION SI NO

Handwritten mark



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 artículo 7 de la resolución que reglamenta el procedimiento para la evaluación y reevaluación de proveedores la calificación de la reevaluación de proveedores, tendrá los siguientes efectos: El contratista o Proveedor que obtenga como resultado de la reevaluación puntaje de 3 o superior, será tenido en cuenta para contratar con el IBAL S.A. E.S.P. OFICIAL. El contratista que en el proceso de reevaluación obtenga un promedio de calificación inferior a tres (3), será suspendido por un término igual al plazo total del contrato ejecutado. En todo caso el término de suspensión no podrá ser inferior a seis (6) meses. Durante el término de la suspensión el contratista no se podrá presentar a participar como proponente individual o plural (Consortio, Unión Temporal, Promesa de Sociedad Futura u otra) en procesos de selección que adelante el IBAL S.A. E.S.P. OFICIAL.

La Suspensión a que hace referencia el presente artículo se extenderá por igual termino a cada uno de los integrantes de Consortios o Uniones Temporales que en el proceso de reevaluación hayan obtenido una calificación 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

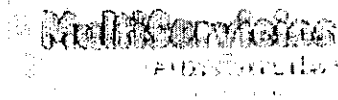
NOMBRES APELLIDOS Y FIRMA DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR (Cuando un contrato cuente con interventor y supervisor, este documento debe ser firmado por los dos, en sus respectivas calidades)

Sandra Edith Puentes Delgado
SANDRA EDITH PUENTES DELGADO

NOMBRES APELLIDOS Y FIRMA DEL CONTRATISTA

14/9/21 10:25

FV-2-65



SANDRA EDITH PUENTES DELGADO
 NIT 85.744.442-1
 carrera 6 sur 20A 26 Barrio Getan
 Tel: (57) 3177979630
 Ibagué - Colombia
 multiserviciosfuncionales1@hotmail.com

Factura electrónica de venta
No. FESF-65

Señores	IBAL S.A. ESP OFICIAL	Teléfono	(038) 2756000 - Ext. 138	Fecha de Factura	2021-09-14	Fecha de Vencimiento	-
NIT	800.089.809-5	Ciudad	Ibagué - Colombia				
Dirección	CRA 3 # 1-04 BARRIO LA POLA						

Item	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 DEL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL 11 DE AGOSTO DE 2021 AL 10 DE SEPTIEMBRE DE 2021	1,00	11,875,000,00

Total Items: 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	Total a Pagar	11,875,000.00
	\$ 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 18764013174458 aprobado en 20210511 prefijo FESF desde el número 36 al 200 Meses - Actividad Económica 4330 Terminación y acabado de edificios y obras de ingeniería civil Tarifa 6/100

Elaborado por Sigo S.A.S Nit. 830.048.145-8