

DOCUMENTOS ACTA 04 CONT 080-21 SANDRA EDITH PUENTES



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

Destinatario <sgeneral@ibal.gov.co>

Fecha 2021-10-25 11:41

 DOCUMENTOS ACTA 4 CONT 080-21 SANDRA EDITH PUENTES OK.pdf (~1,8 MB)

ADJUNTO ENVÍO DOCUMENTOS DEL ASUNTO PARA TRÁMITE PERTINENTE

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
|  | SOPORTES DOCUMENTALES PARA TRAMITE DE CUENTA | CÓDIGO: GJ-R-050 |
| | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | FECHA VIGENCIA: 2016-10-12 |
| | | VERSIÓN: 02 |
| | | Página 1 de 1 |

Ibagué, 15 de Octubre de 2021

*D/Dowell
15-10-21
8:00*

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

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. 04

1. FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. FESF – 74
2. ACTA PARCIAL No. 04
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 | Día |
| | | 2021 | 14 |
| En la ciudad de Ibagué, en la fecha antes indicada, contratista y supervisor suscriben la presente Acta Parcial No. 04 del contrato antes identificado. Para completar y soportar los trámites necesarios para su correspondiente pago. | | | |
| Periodo informado | 11 de septiembre al 10 de octubre 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 | | |
| Saldo (Valor pendiente para pago) | \$ 35.625.000.00 | | |
| 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. | 7811769314 | Salud | \$ 1.190.000.00 |
| Periodo cotizado | De: | 01 Septiembre | Pensión |
| | Hasta: | 30 Septiembre | ARL |
| Entidad en donde se realiza el pago. | PLANILLAS SOI | Valor total del aporte | \$ 2.355.300.00 |



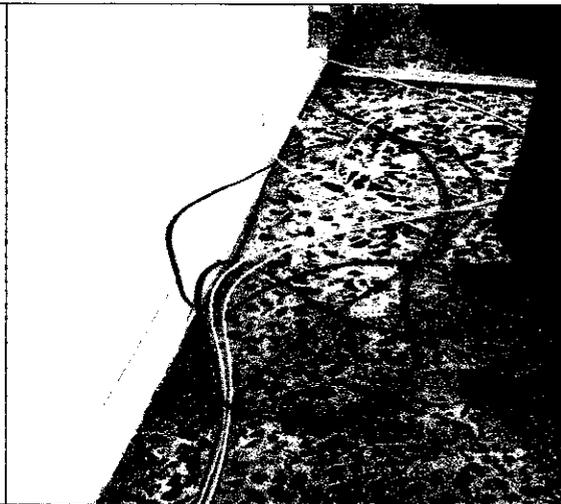
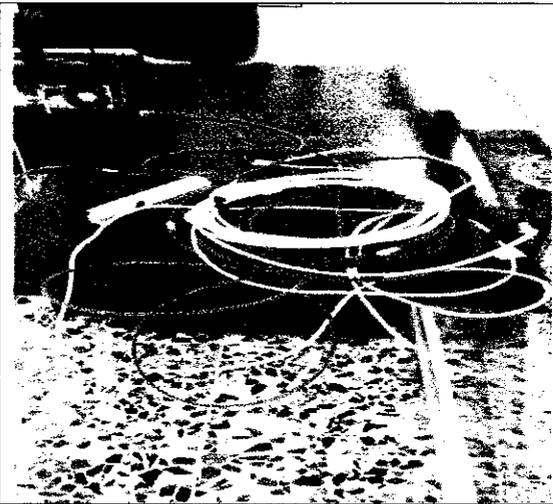
ACTA PARCIAL
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

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

| | | | | |
|---|-------------------------------------|-----------|------------------------------------|-----------------|
| Planilla No. | 7811770665 | | Salud | \$ 304.500.00 |
| Periodo cotizado | De: | 01 Agosto | Pensión | \$ 1.216.700.00 |
| | Hasta: | 31 Agosto | ARL | \$ 529.600.00 |
| | | | CCF | \$ 304.500.00 |
| ANEXOS: | | | | Marque con x |
| Factura Electrónica de Venta | | | | X |
| Informe Técnico Actividades realizadas del periodo del 11 de septiembre al 10 de octubre 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 | | | |

MultiServicios Funcionales

Nit. 65 744 442-1



Adecuación de puntos administrativa



Adecuación de puntos administrativa



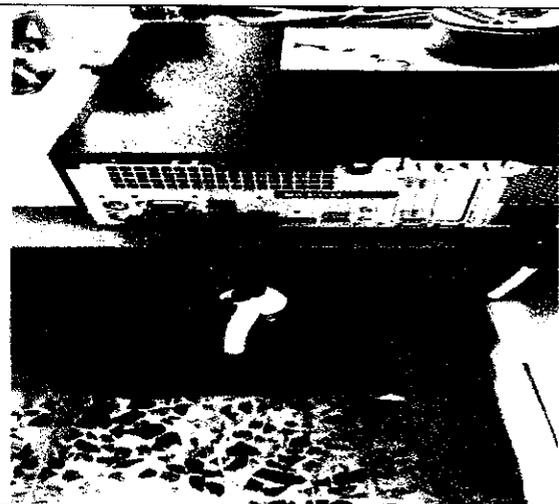
Revisión tanque cerro gordo



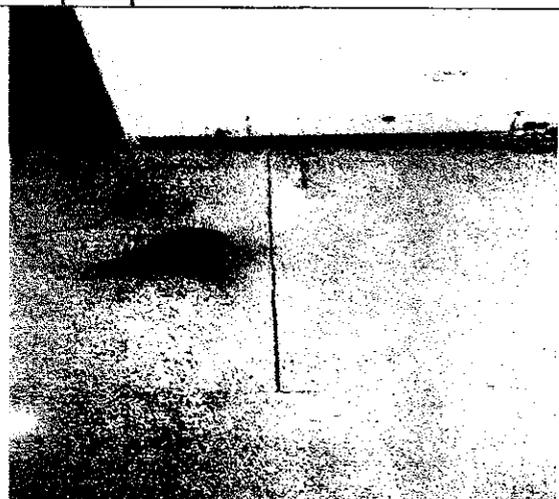
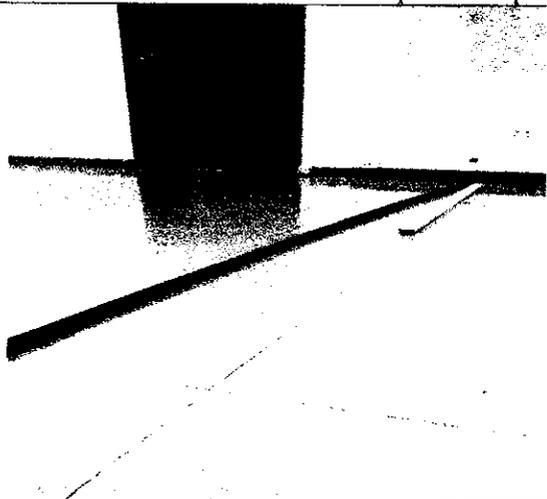
Revisión planta colinas del sur 2

MultiServicios Funcionales

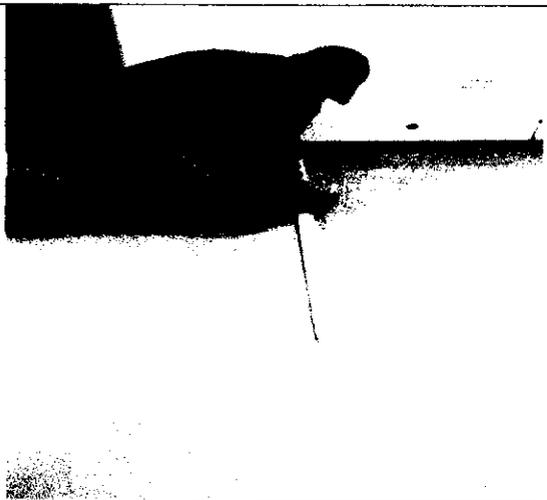
Nit. 65 744 442-1



Reparación pash cord presupuesto



Instalación de tubería en gerencia



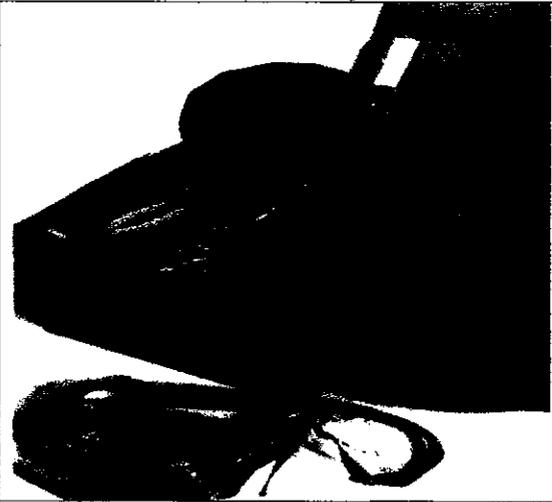
Instalación de tubería en gerencia

MultiServicios Funcionales

Nit. 65.744.4423



Reparación de back boom control perdidas



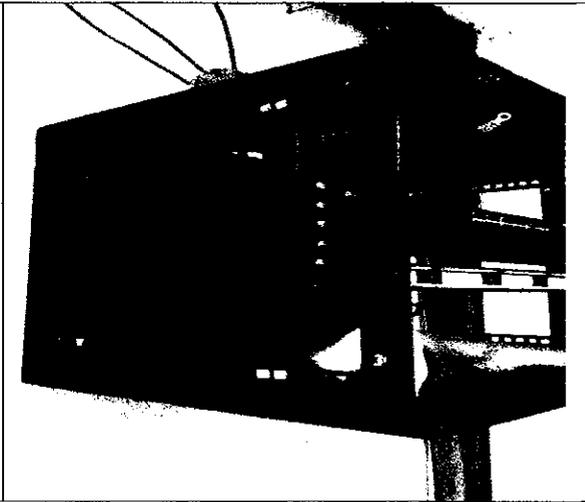
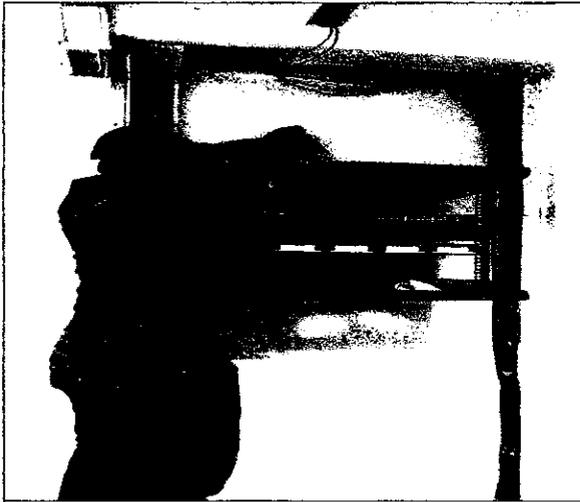
Instalación de red centro de documentación



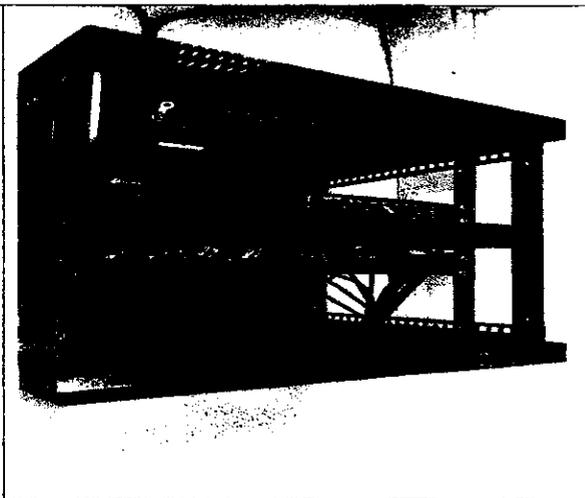
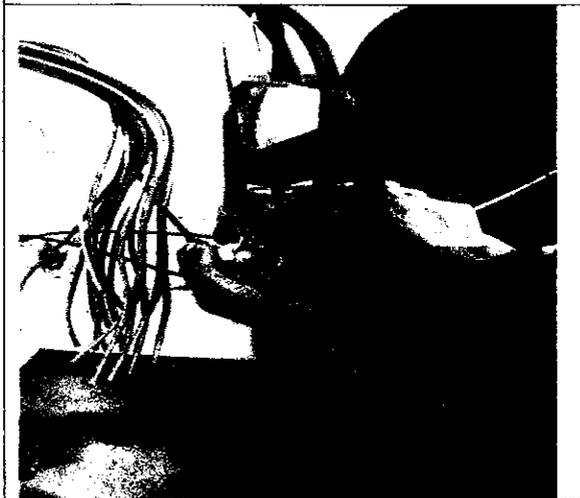
Instalación de red centro de documentación

MultiServicios Funcionales

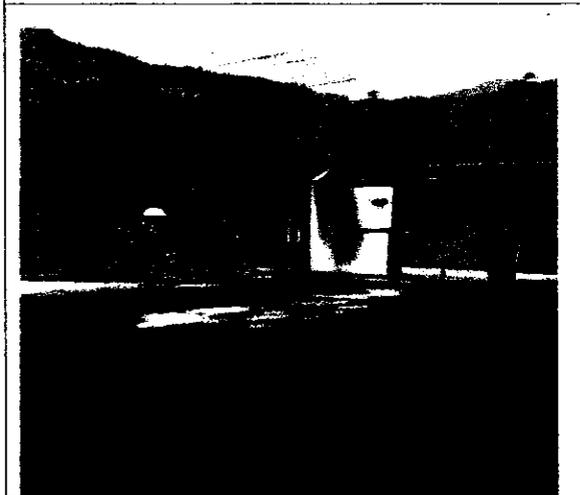
Nit. 65.744.442.1



Instalación de red centro de documentación



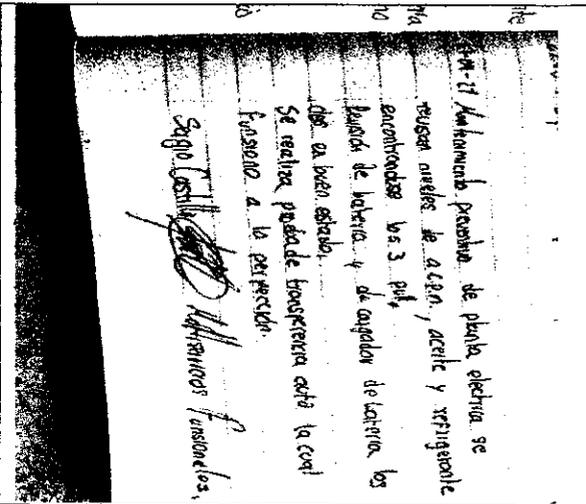
Instalación de red centro de documentación



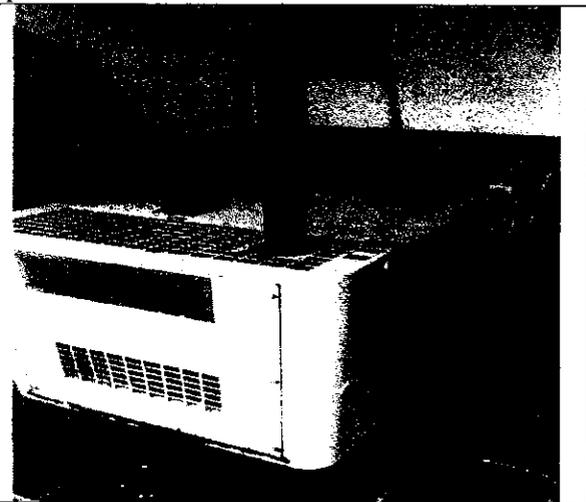
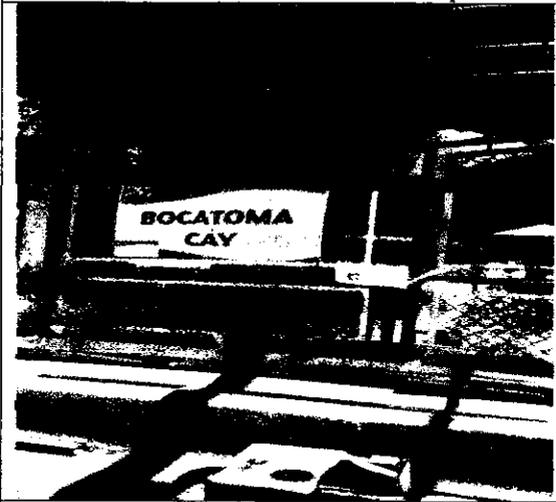
Mantenimiento preventivo planta eléctrica combeima

MultiServicios Funcionales

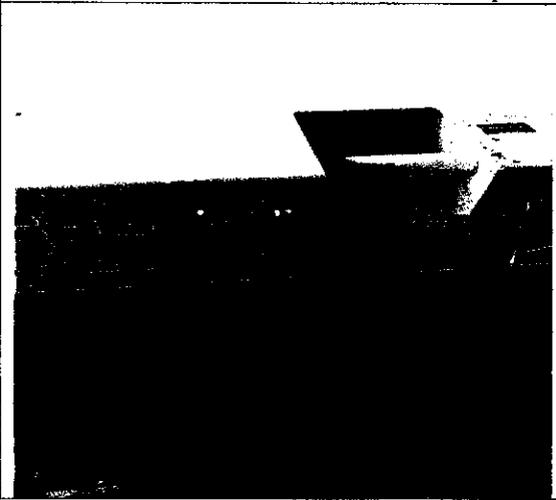
Nr. 65 744 442.1



Mantenimiento preventivo planta eléctrica combeima



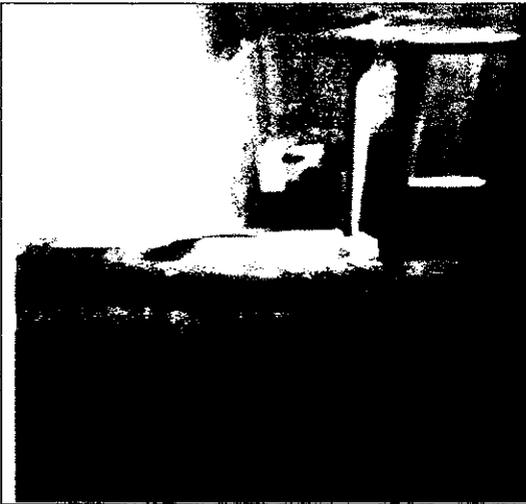
Mantenimiento preventivo planta eléctrica cay



Mantenimiento preventivo planta eléctrica cay

MultiServicios Funcionales

Nº 65 744 442-1



Revisión eléctrica tanque de piedra pintada



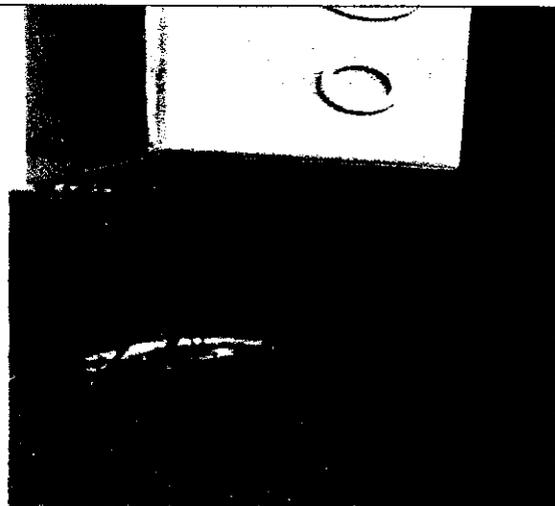
Reparación de circuito de iluminación tanque de picaleña



Reparación de circuito de iluminación tanque de picaleña

MultiServicios Funcionales

Nº. 65 744 442-1



Reparación de circuito de iluminación tanque de picaleña



Reparación de circuito de iluminación tanque de picaleña



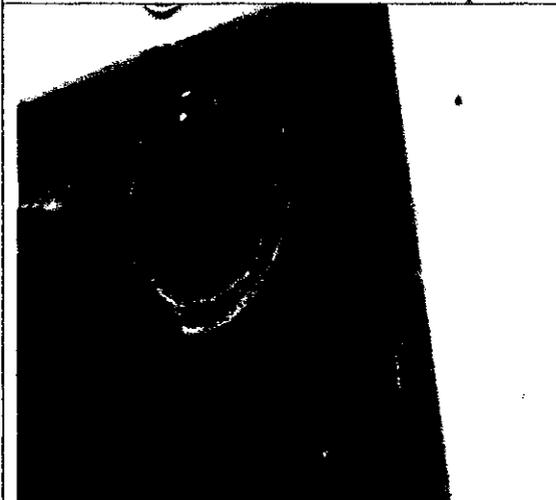
Reparación de circuito de iluminación tanque de picaleña

MultiServicios Funcionales

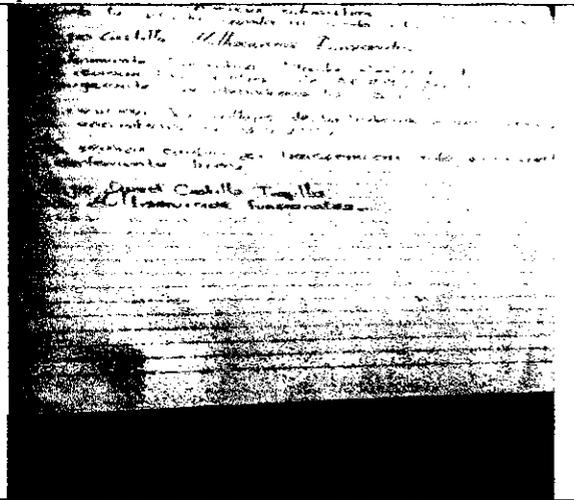
Nº 65 744 442-1



Mantenimiento preventivo planta eléctrica chembe



Mantenimiento preventivo planta eléctrica chembe



Mantenimiento preventivo planta eléctrica chembe

MultiServicios Funcionales

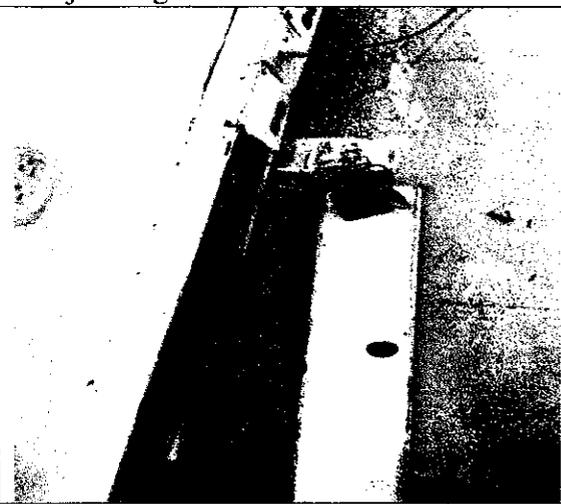
Nº. 65 744 442-1



Cableado de mesa sala de juntas gerencia



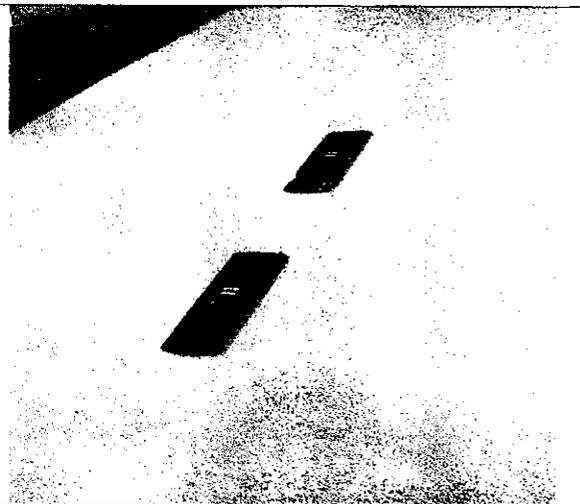
Cableado de mesa sala de juntas gerencia



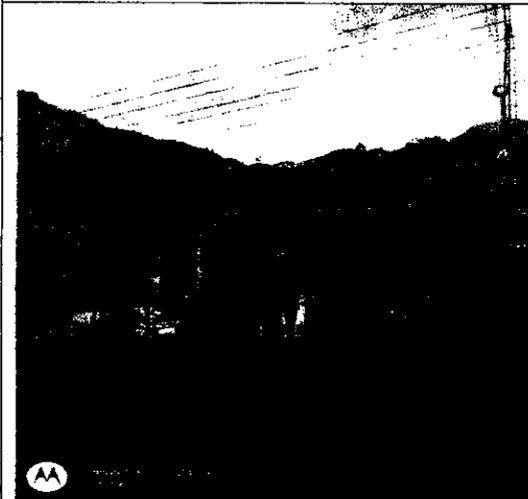
Cableado de mesa sala de juntas gerencia

MultiServicios Funcionales

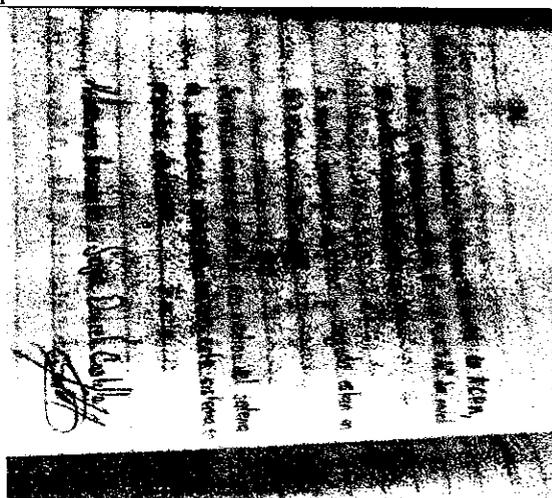
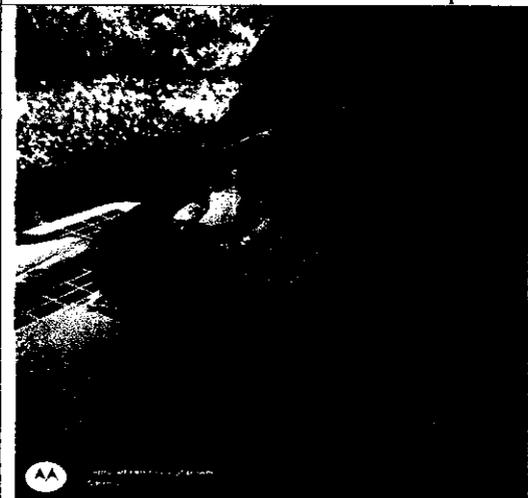
Nº 65 744 442-3



Cableado de mesa sala de juntas gerencia



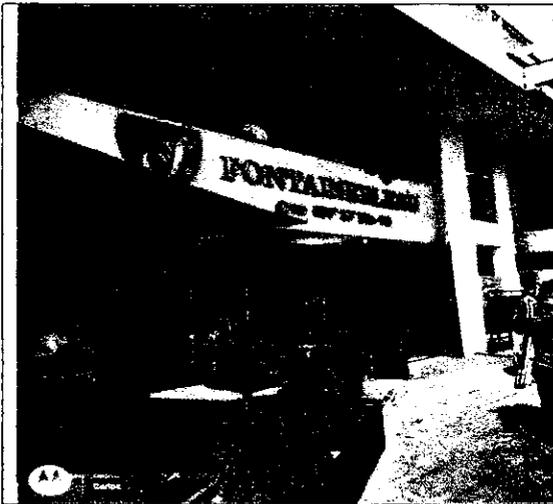
Mantenimiento preventivo planta eléctrica combeima



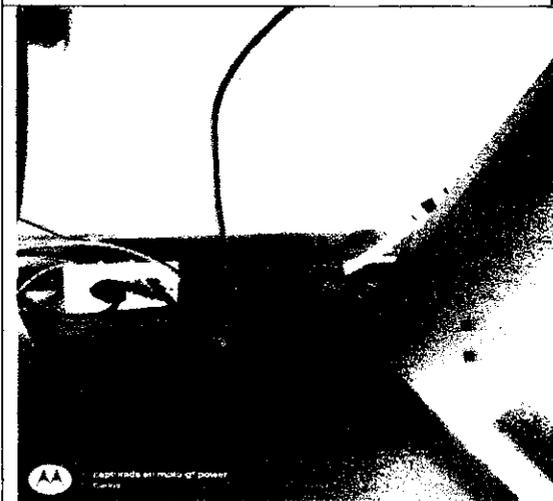
Mantenimiento preventivo planta eléctrica cay

MultiServicios Funcionales

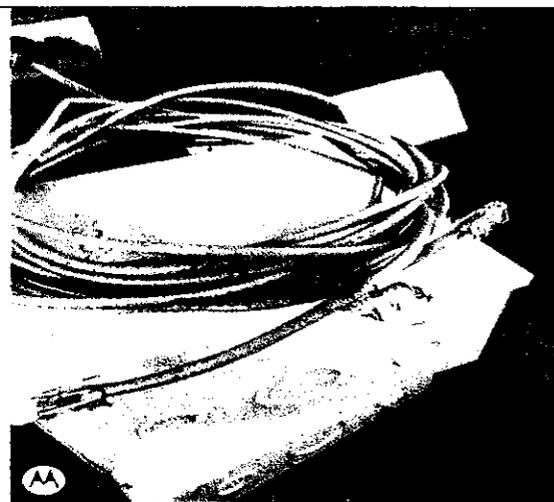
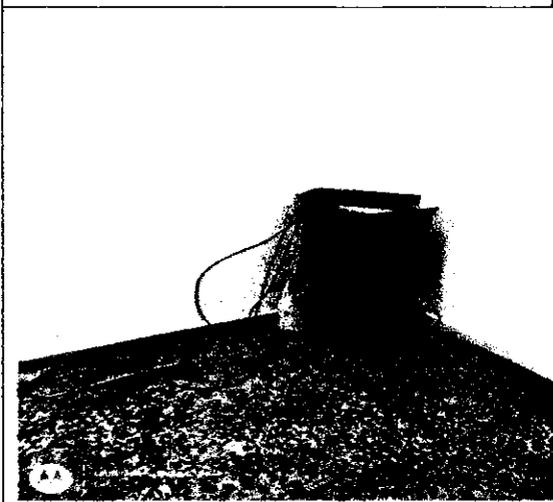
Nit. 65 744 442-1



Adecuación de puntos del call center



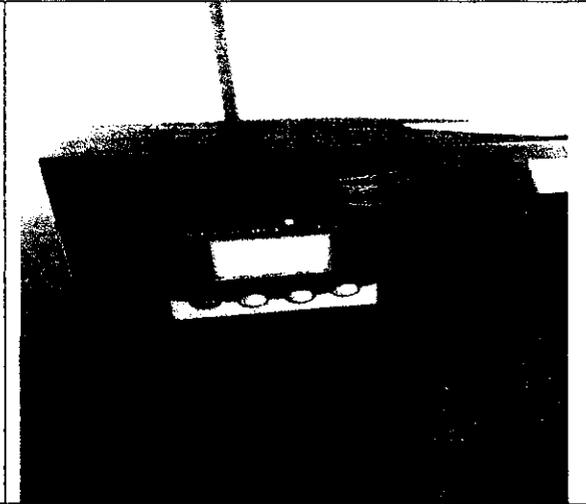
Adecuación de puntos del call center



Instalación de pash cord de 5 mts para impresora de contabilidad

MultiServicios Funcionales

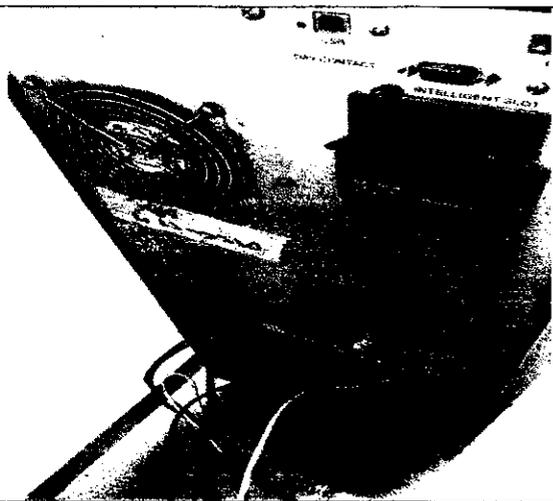
Nº. 65 744 442-1



Revisión de UPS de Cádiz



Revisión de UPS de Cádiz



Revisión de UPS de Cádiz

MultiServicios Funcionales

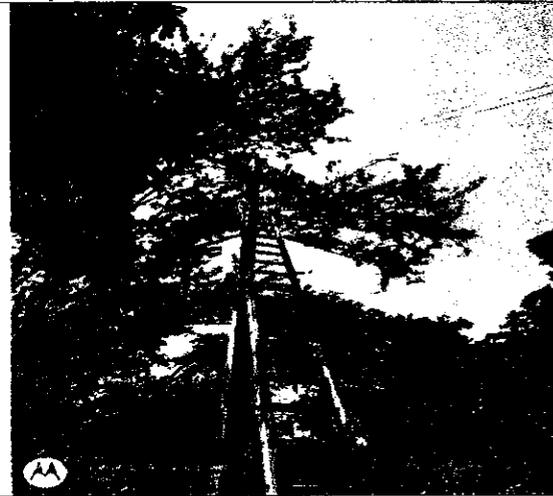
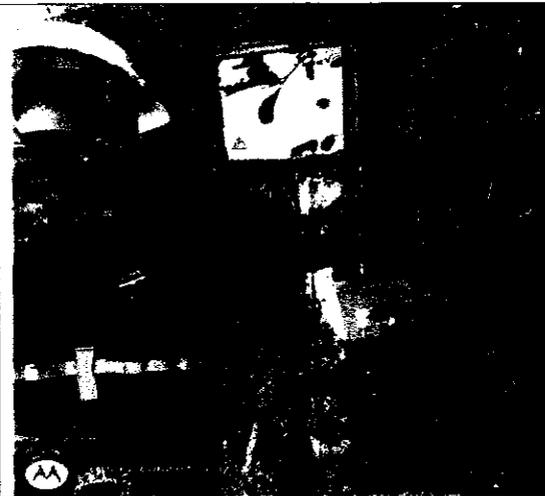
Nit. 65.744.442-1



Retiro de cableado en ptar Américas



Retiro de cableado en ptar Américas



Retiro de cableado en ptar Américas

MultiServicios Funcionales

Nit. 65 744 442-3



Cambio de luminaria de 100 w en planta Américas



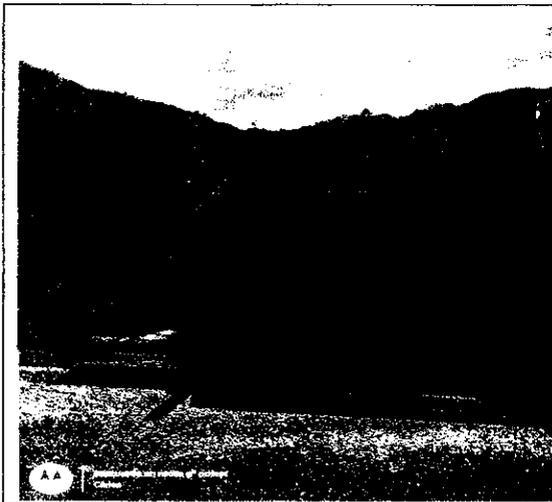
Revisión de circuito eléctrico en el carcamo de reactores de la planta el tejtar



Adecuación de puesto de trabajo en contabilidad

MultiServicios Funcionales

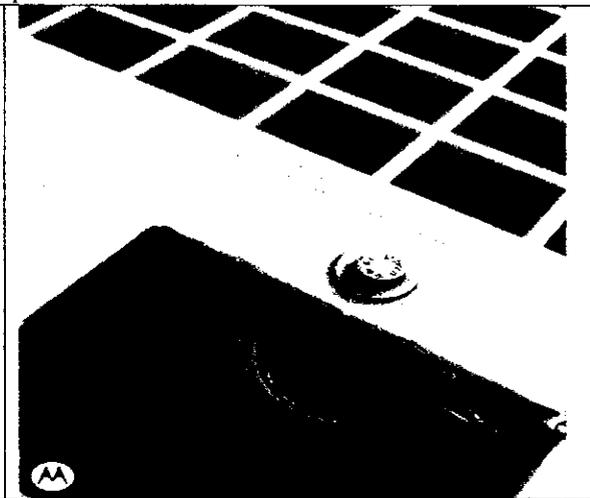
Nit. 65 744 442-1



Mantenimiento preventivo planta eléctrica combeima



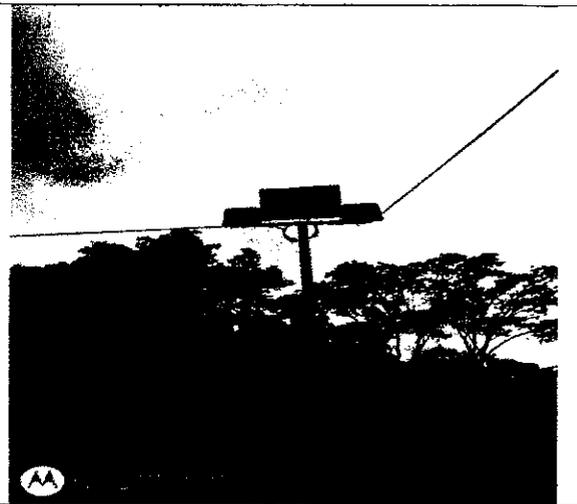
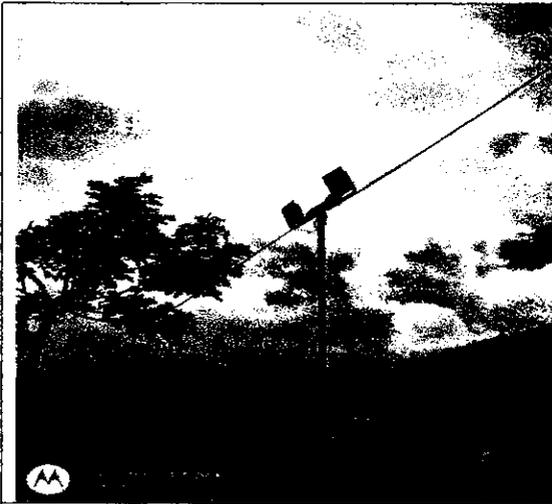
Mantenimiento preventivo planta eléctrica combeima



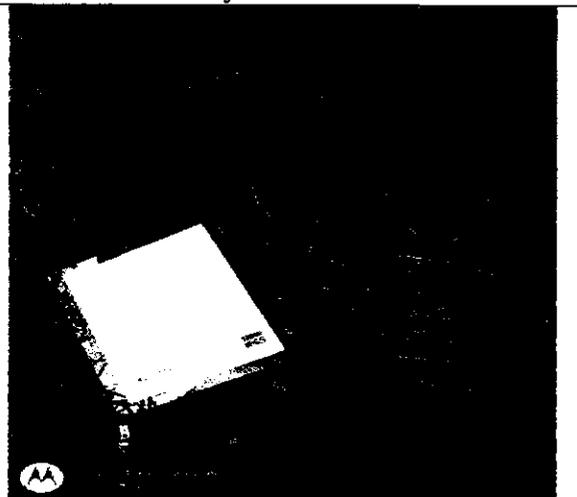
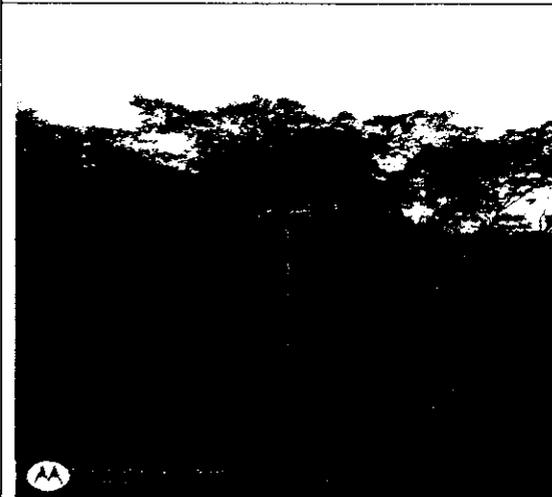
Mantenimiento preventivo planta eléctrica combeima

Multiservicios Funcionales

Nit. 65 744 442-1



Mantenimiento de iluminación bocatoma cay nueva



Mantenimiento de iluminación bocatoma cay nueva



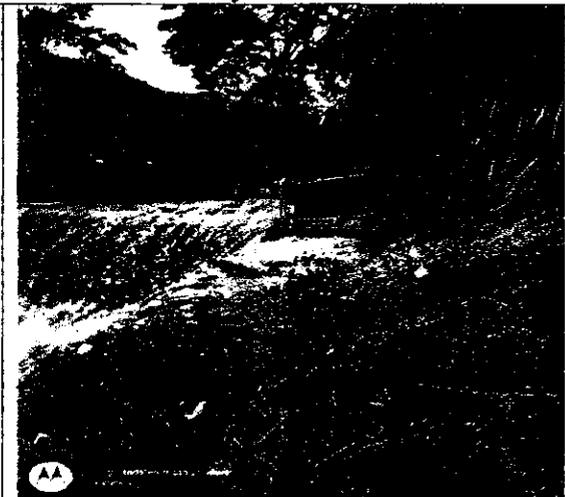
Mantenimiento de iluminación bocatoma cay nueva

MultiServicios Funcionales

Nº 65 744 442-1



Mantenimiento de iluminación bocatoma cay nueva



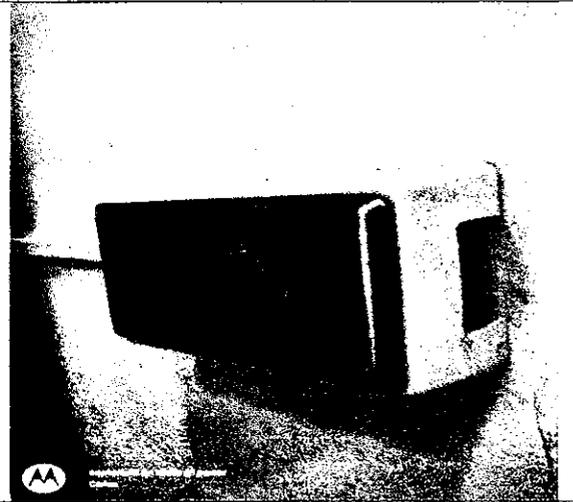
Mantenimiento de iluminación bocatoma cay nueva



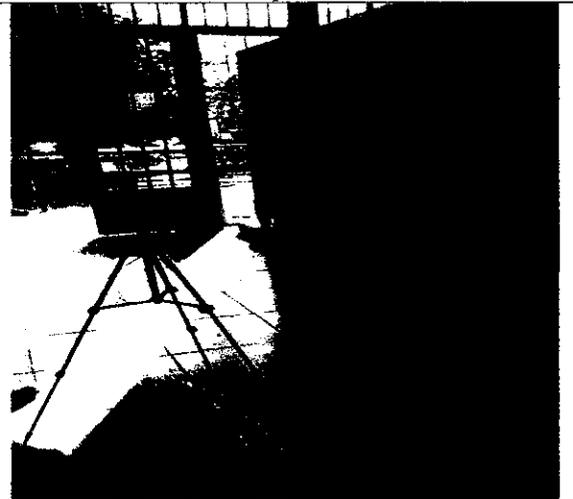
Mantenimiento de iluminación bocatoma cay nueva

MultiServicios Funcionales

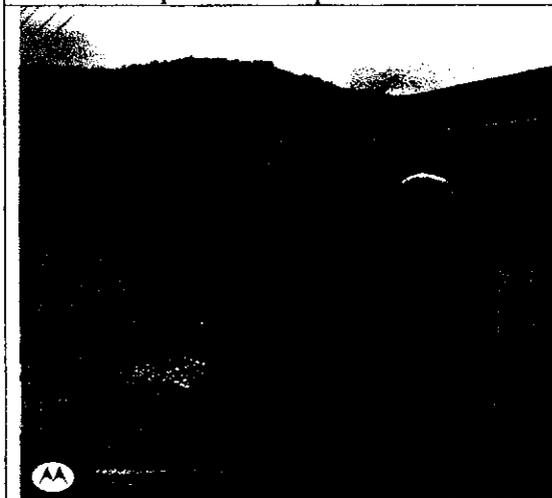
Nº 65 744 442-1



Revisión de tomacorrientes quemados en cocina de planta 1



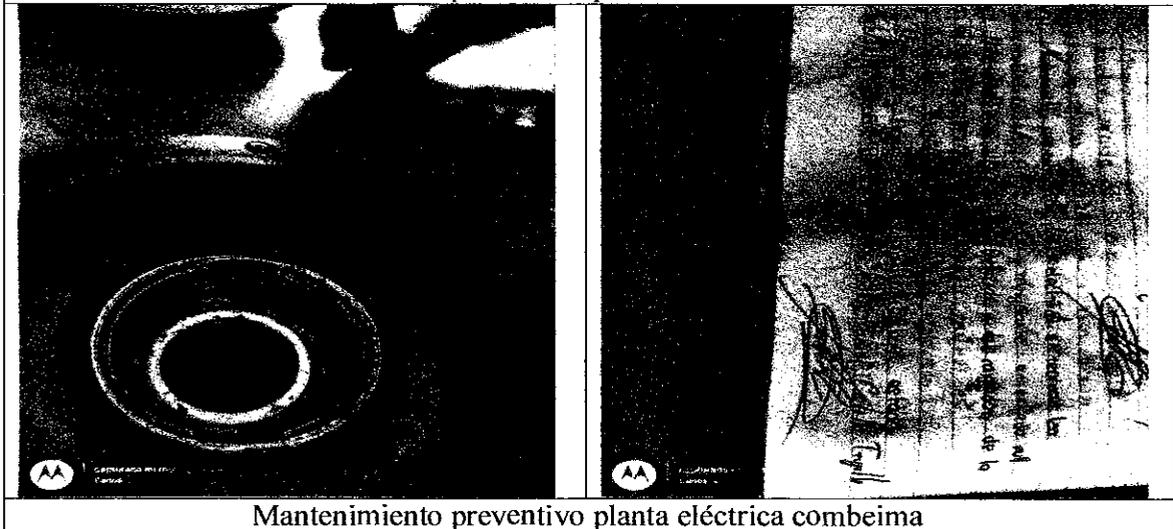
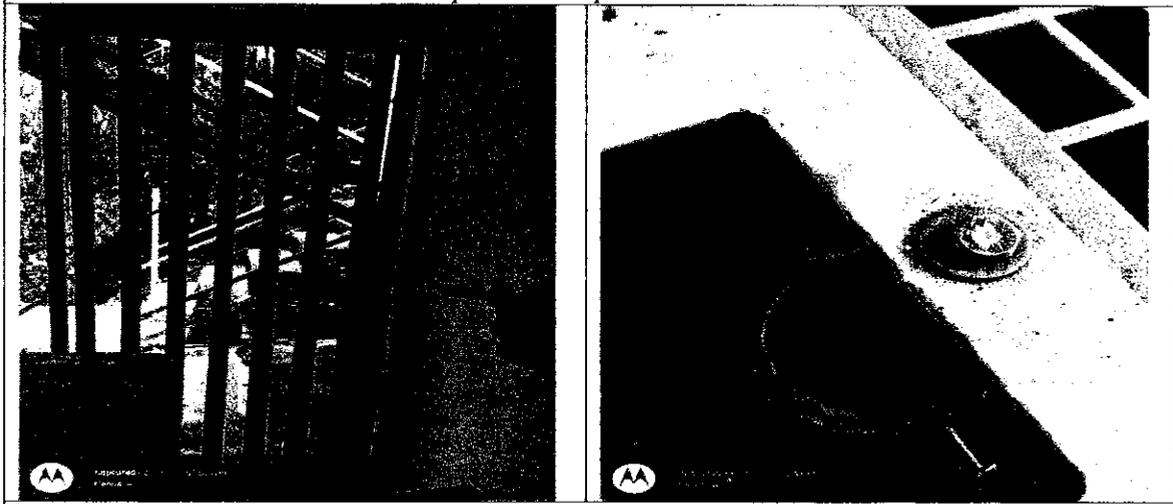
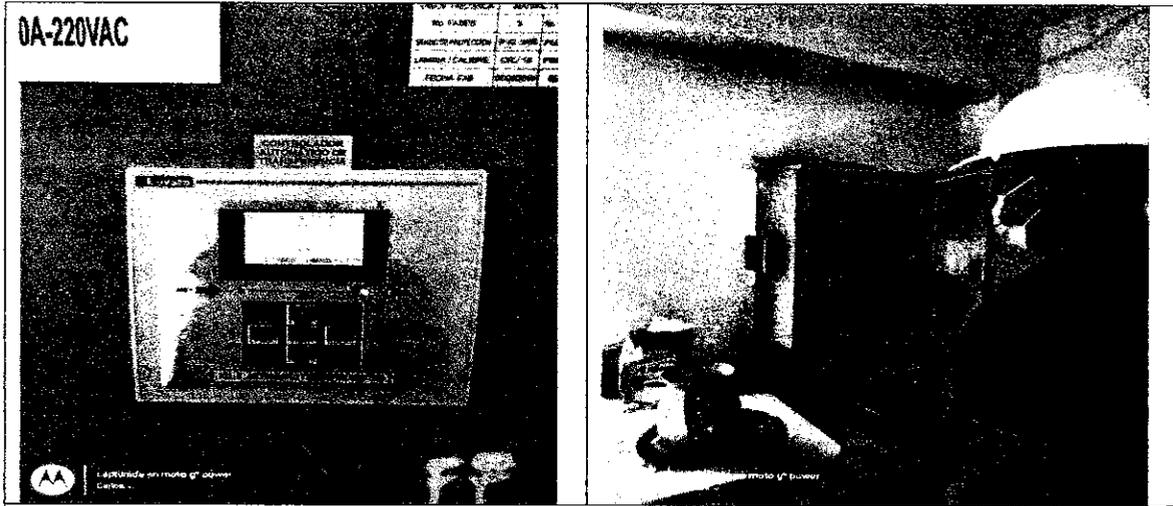
Acompañamiento para toma de medición de desibeles de planta eléctrica la Pola



Mantenimiento preventivo planta eléctrica combeima

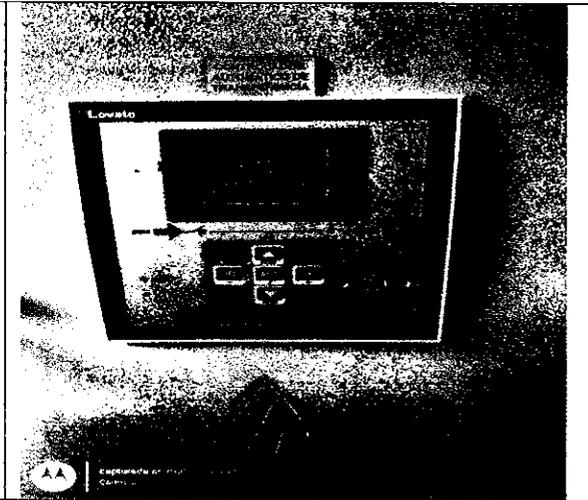
MultiServicios Funcionales

Nit. 65.744.442-1

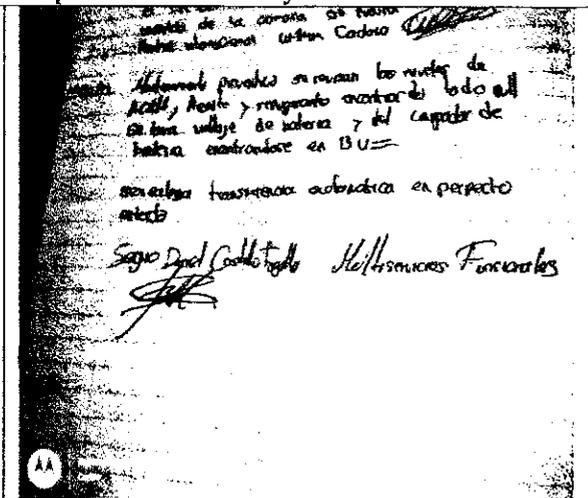


MultiServicios Funcionales

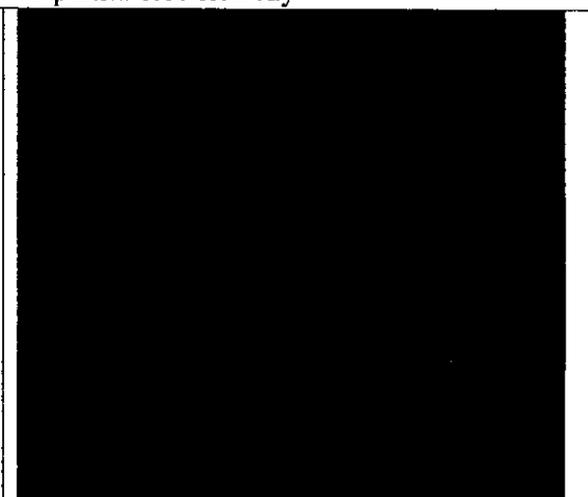
Nit 65 744 442-1



Mantenimiento preventivo planta eléctrica cay



Mantenimiento preventivo planta eléctrica cay



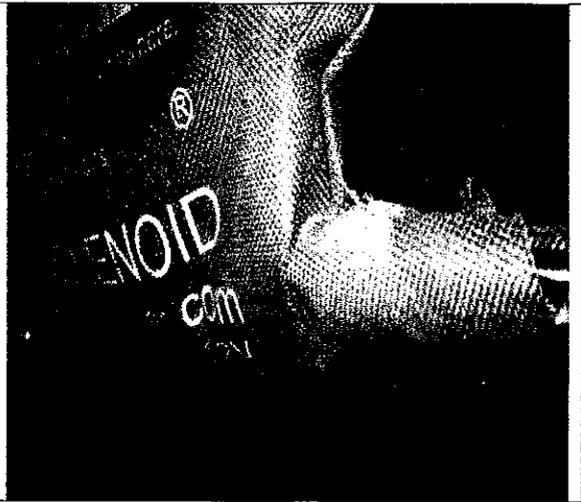
Emergencia planta eléctrica bocatoma combeima

MultiServicios Funcionales

Nit : 65 744 442-1



Emergencia planta eléctrica bocatoma combeima



Emergencia planta eléctrica bocatoma combeima



Emergencia planta la Pola planta eléctrica y red de 13.200 VA

MultiServicios Funcionales

Nº 65 744 442-1



Emergencia planta la Pola planta eléctrica y red de 13.200 VA



Emergencia planta la Pola planta eléctrica y red de 13.200 VA



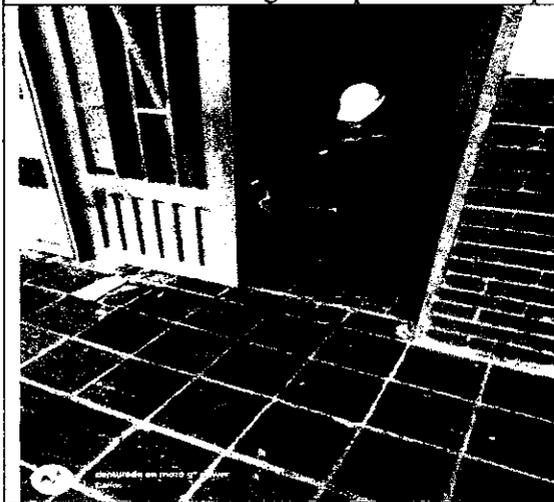
Emergencia planta la Pola planta eléctrica y red de 13.200 VA

MultiServicios Funcionales

Nº: 65 744 442-3



Emergencia planta la Pola planta eléctrica y red de 13.200 VA



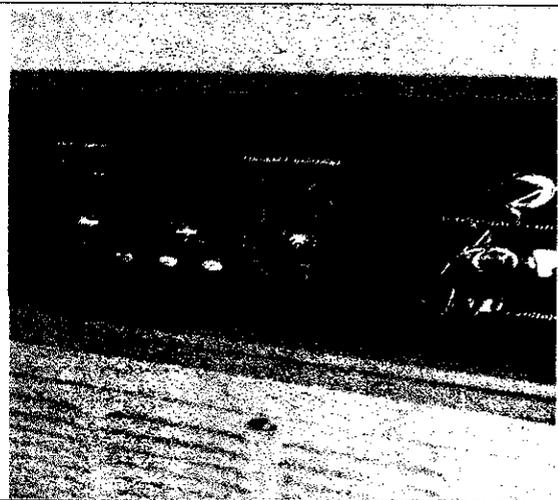
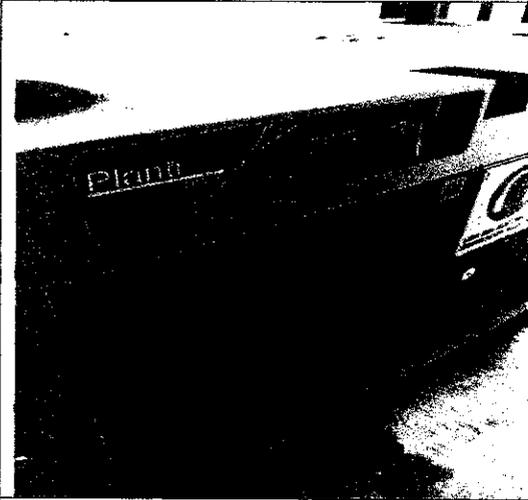
Emergencia planta la Pola planta eléctrica y red de 13.200 VA



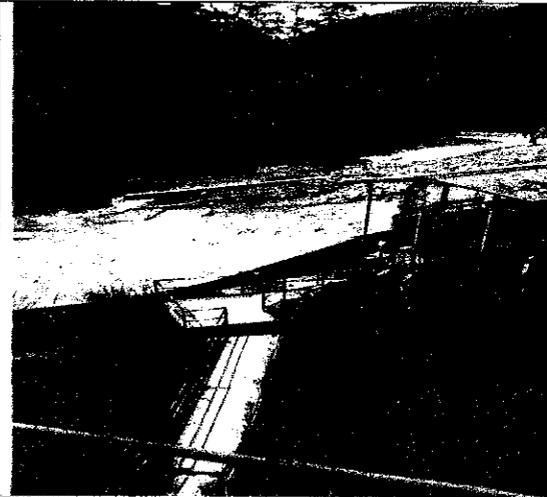
Emergencia planta la Pola planta eléctrica y red de 13.200 VA

MultiServicios Funcionales

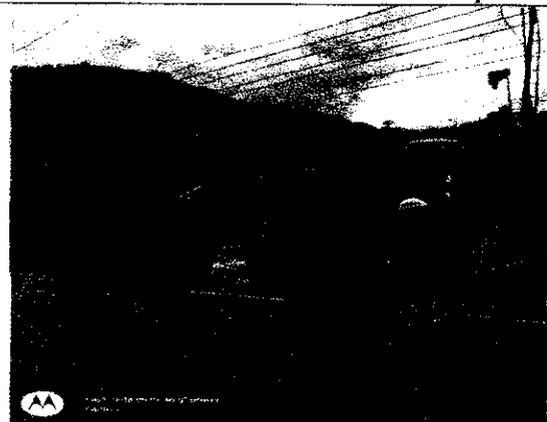
Nit.: 65 744 442-1



Revisión planta eléctrica combeima



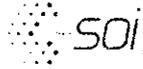
Revisión planta eléctrica combeima



Revisión planta eléctrica combeima

ANEXO 1

PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL



**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: | 7811769314 | TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: septiembre | PERIODO COTIZACIÓN MES: septiembre |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: 2021 | SALUD: AÑO: 2021 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2021/09/28 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1144920822 |

| 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: | 7811770665 | TIPO DE PLANILLA: E-EMPLEADOS |
| PERIODO COTIZACIÓN: | MES: septiembre | PERIODO COTIZACIÓN: MES: octubre |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: 2021 | SALUD: AÑO: 2021 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2021/09/28 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1144931024 |

| LIQUIDACIÓN GENERAL | | | | | |
|------------------------------|--------|---|--|------------|---------------------|
| | | | | TOTALES | |
| | | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| PENSIÓN | | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | | |
| 800229739 | 230201 | 230201- PROTECCION | | 3 | \$ 300.500 |
| 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 | \$ 1.216.700 |
| 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 | \$ 2.500 |
| SUBTOTAL: | | | | 8 | \$ 304.500 |
| CAJA DE COMPENSACIÓN | | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | | |
| 800211025 | CCF48 | CCF48-CONFATOLIMA | | 8 | \$ 304.500 |
| SUBTOTAL: | | | | 8 | \$ 304.500 |
| RIESGOS PROFESIONALES | | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A. | | 8 | \$ 529.600 |
| SUBTOTAL: | | | | 8 | \$ 529.600 |

TOTAL PAGADO:

\$ 2.355.300



INFORME DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

MULTISERVICIOS FUNCIONALES

NIT. 65744441-1

IBAGUE – TOLIMA

OCTUBRE 10 2021

TABLA DE REVISIONES

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



OBJETIVO

Reportar a la Empresa Ibaguereña 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 Septiembre 10 al 10 de Octubre 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 ANDRÉS 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:

- Capacitación limpieza y desinfección de áreas.
- Socialización Matriz de limpieza y desinfección EPP.
- Socialización video recomendaciones para el transporte. **ANEXO 2. EVIDENCIAS CAPACITACIONES.**

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 **septiembre 10 a Octubre 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.**

2.5 INDICADORES MÍNIMOS DE SST:

| FRECUENCIA DE LOS ACCIDENTES SEPTIEMBRE 2021 | | | |
|---|------------------|------------------------|-----------|
| 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 OCTUBRE 2021 | | | |
|---|------------------|------------------------|-----------|
| 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 SEPTIEMBRE 2021 | | | |
|---|---------------------------|------------------------------|-----------|
| 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 OCTUBRE 2021 | | | |
|---|---------------------------|------------------------------|-----------|
| 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 | 2 | 0% |

*Para el análisis de indicadores se relaciona la información según fecha de corte **Septiembre 10 a Octubre 10 del 2021.**

2.6 PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS/INSPECCIÓN:

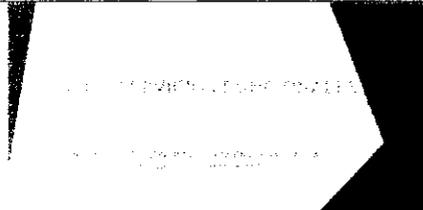
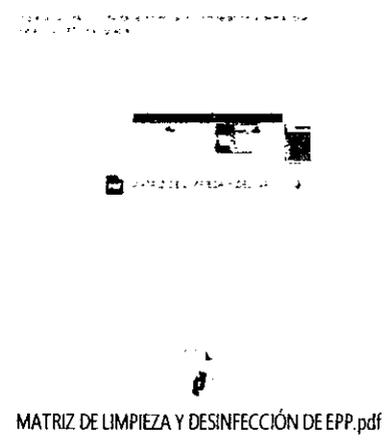
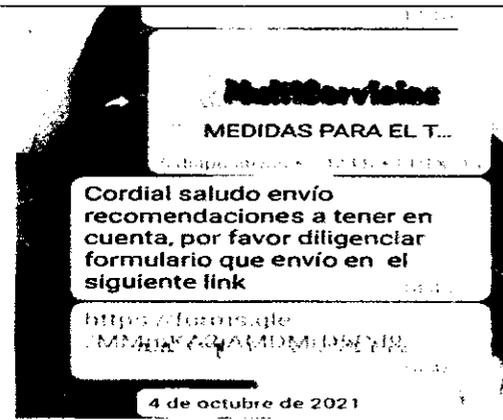
Multiservicios Funcionales dentro de sus medidas de control para el riesgo que genera el trabajo en alturas cuenta con personal certificado para trabajo seguro en alturas según la Resolución 1409 del 2012; quienes diligencian el formato de permiso de trabajo en alturas e inspección para los trabajos ocasionales y rutinarios según corresponda. **ANEXO 6 PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS**

ANEXO 2.

EVIDENCIA

CAPACITACIONES/SENSIBILIZACIONES

- Capacitación limpieza y desinfección de áreas.
- Socialización Matriz de limpieza y desinfección EPP.
- Socialización video recomendaciones para el transporte.
- Socialización Matriz de Limpieza y Desinfección.

| CAPACITACION | FECHA | MEDIO | EVIDENCIA |
|--|------------|---------------|--|
| Sensibilización importancia adecuado del tapabocas | 06/10/2021 | Grupo whatapp |  |
| Capacitación limpieza y desinfección de áreas | 29/09/2021 | Virtual |  |
| Socialización Matriz de limpieza y desinfección EPP | 02/09/2021 | Virtual |  |
| Socialización video recomendaciones para el transporte | 01/10/2021 | Virtual |  |

RECOMENDACIONES PARA EL TRANSPORTE

MULTISERVICIOS FUNCIONALES

Correo *

krlossan2487@gmail.com

Nombres y Apellidos *

Carlos Andrés Sánchez Martínez

Cédula de Ciudadanía *

1110461925

Cargo *

Auxiliar eléctrico

Acepta haber leído y entendido las recomendaciones a tener en cuenta en el transporte para prevención del covid 19 *

Sí

No

RECOMENDACIONES PARA EL TRANSPORTE

MULTISERVICIOS FUNCIONALES

Correo *

liamvale2018@gmail.com

Nombres y Apellidos *

Sergio Daniel castillo Trujillo

Cédula de Ciudadanía *

1110499851

Cargo *

Oficial electricista

Acepta haber leído y entendido las recomendaciones a tener en cuenta en el transporte para prevención del covid 19 *

Sí

No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

MULTISERVICIOS FUNCIONALES

Correo *

krlossan2487@gmail.com

NOMBRES Y APELLIDOS *

Carlos Andrés Sánchez Martínez

CARGO *

Auxiliar eléctrico

Cédula de ciudadanía *

1110461925

Es para ud. claro la importancia que tiene realizar la correcta desinfección de las áreas *

Sí

No

Es claro para ud cuales son los productos a utilizar para una buena desinfección y su almacenamiento? *

Sí

No

*

Sí

No

*

Sí

No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

MULTISERVICIOS FUNCIONALES

Correo *

serginho2790@hotmail.com

NOMBRES Y APELLIDOS *

Sergio Daniel Castillo Trujillo

CARGO *

Oficial

Cédula de ciudadanía *

1110499851

Es para ud. claro la importancia que tiene realizar la correcta desinfección de las áreas *

Sí

No

Es claro para ud cuales son los productos a utilizar para una buena desinfección y su almacenamiento? *

Sí
 No

*

Sí
 No

*

Sí
 No

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

ANEXO 3

FORMATO ENTREGA EPP

ANEXO 4

SEGUIMIENTO A CONDICIONES DE SALUD ARL POSITIVA

| ID NIT ARL | NOMBRE ARL |
|------------|----------------------------------|
| 860011153 | POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A |
| 860011153 | POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A |
| 860011153 | POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A |
| 860011153 | POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A |
| 860011153 | POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A |
| 860011153 | POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A |
| 860011153 | POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A |
| 860011153 | POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A |
| 860011153 | POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A |
| 860011153 | POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A |
| 860011153 | POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A |
| 860011153 | POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A |

| ID EPS | NOMBRE EPS |
|--------|---------------|
| EPS005 | E.P.S SANITAS |

| NOMBRE EMPRESA |
|----------------|
|----------------|

| |
|------------------------------|
| SANDRA EDITH PUENTES DELGADO |
|------------------------------|

| |
|------------------------------|
| SANDRA EDITH PUENTES DELGADO |
|------------------------------|

| |
|------------------------------|
| SANDRA EDITH PUENTES DELGADO |
|------------------------------|

| |
|------------------------------|
| SANDRA EDITH PUENTES DELGADO |
|------------------------------|

| |
|------------------------------|
| SANDRA EDITH PUENTES DELGADO |
|------------------------------|

| |
|------------------------------|
| SANDRA EDITH PUENTES DELGADO |
|------------------------------|

| |
|------------------------------|
| SANDRA EDITH PUENTES DELGADO |
|------------------------------|

| |
|------------------------------|
| SANDRA EDITH PUENTES DELGADO |
|------------------------------|

| |
|------------------------------|
| SANDRA EDITH PUENTES DELGADO |
|------------------------------|

| |
|------------------------------|
| SANDRA EDITH PUENTES DELGADO |
|------------------------------|

| |
|------------------------------|
| SANDRA EDITH PUENTES DELGADO |
|------------------------------|

| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO | ID DEPARTAMENTO EMPRESA |
|---------------------------|-------------------------|
| 07/10/2021 09:26:07 | 73 |
| 04/10/2021 08:12:22 | 73 |
| 30/09/2021 07:34:36 | 73 |
| 29/09/2021 07:03:53 | 73 |
| 24/09/2021 09:34:43 | 73 |
| 22/09/2021 07:46:36 | 73 |
| 20/09/2021 08:55:25 | 73 |
| 18/09/2021 08:03:07 | 73 |
| 14/09/2021 13:06:59 | 73 |
| 13/09/2021 07:07:25 | 73 |
| 10/09/2021 07:54:47 | 73 |

| NOMBRE DEPARTAMENTO EMPRESA | ID DANE MUNICIPIO EMPRESA |
|-----------------------------|---------------------------|
| TOLIMA | 001 |
| TDLIMA | 001 |
| TOLIMA | 001 |

| NOMBRE MUNICIPIO EMPRESA | COD DANE EMPRESA |
|--------------------------|------------------|
| IBAGUE | 73001 |

| DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA |
|---------------------------------|
|---------------------------------|

| |
|---|
| OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO |
|---|

| |
|---|
| OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO |
|---|

| |
|---|
| OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO |
|---|

| |
|---|
| OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO |
|---|

| |
|---|
| OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO |
|---|

| |
|---|
| OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO |
|---|

| |
|---|
| OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO |
|---|

| |
|---|
| OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO |
|---|

| |
|---|
| OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO |
|---|

| |
|---|
| OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO |
|---|

| |
|---|
| OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO |
|---|

| EDAD TRABAJADOR | CORREO TRABAJADOR |
|-----------------|------------------------|
| 34 | Krlossan2487@gmail.com |

| NOMBRE DEPARTAMENTO TRABAJADOR | ID MUNICIPIO TRABAJADOR |
|--------------------------------|-------------------------|
| TOLIMA | 001 |

| NOMBRE MUNICIPIO TRABAJADOR | COD DANE EMPLEADO |
|-----------------------------|-------------------|
| IBAGUE | 73001 |

| DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR |
|--------------------------|
|--------------------------|

| |
|---------------------|
| CRA 1 SUR NO. 5 -62 |
|---------------------|

| |
|---------------------|
| CRA 1 SUR NO. 5 -62 |
|---------------------|

| |
|---------------------|
| CRA 1 SUR NO. 5 -62 |
|---------------------|

| |
|---------------------|
| CRA 1 SUR NO. 5 -62 |
|---------------------|

| |
|---------------------|
| CRA 1 SUR NO. 5 -62 |
|---------------------|

| |
|---------------------|
| CRA 1 SUR NO. 5 -62 |
|---------------------|

| |
|---------------------|
| CRA 1 SUR NO. 5 -62 |
|---------------------|

| |
|---------------------|
| CRA 1 SUR NO. 5 -62 |
|---------------------|

| |
|---------------------|
| CRA 1 SUR NO. 5 -62 |
|---------------------|

| |
|---------------------|
| CRA 1 SUR NO. 5 -62 |
|---------------------|

| |
|---------------------|
| CRA 1 SUR NO. 5 -62 |
|---------------------|

| ¿Has tenido fiebre? (Mayor o igual a 38 °C) | ¿Te has tomado la temperatura con un termómetro? |
|---|--|
| NO | NO |

| ¿Si te mediste la temperatura con un termómetro, cuánto te dio? | ¿Has presentado tos seca? |
|---|---------------------------|
| No Aplica | Sin tos seca |

| ¿Sientes que te duelen los músculos? | ¿Te duele la cabeza? |
|--------------------------------------|----------------------|
| Sin dolor | Sin dolor |
| Sin dolor | Poco dolor |
| Sin dolor | Sin dolor |

| ¿Sientes que respiras normal? | ¿Sientes alguna molestia en el pecho? (“opresión o ardor”) |
|-------------------------------|--|
| SI | Ninguna Molestia |

| ¿Has tenido la nariz tapada o fluido nasal? | ¿Has tenido dolor de garganta? |
|---|--------------------------------|
| NO | Sin dolor |

| ¿Sientes que has dejado de percibir olores y/o sabores? | ¿Has tenido diarrea? |
|---|----------------------|
| NO | NO |

| ¿Has tenido contacto en los últimos 14 días o vives con alguien sospechoso o confirmado de tener COVID-19? | SOSPECHOSO |
|--|------------|
| NO | NO |

| LATITUD | LONGITUD |
|---------|----------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| ID NIT ARL | NOMBRE ARL |
|------------|----------------------------------|
| 860011153 | POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A |
| 860011153 | POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A |
| 860011153 | POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A |
| 860011153 | POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A |

| ID EPS | NOMBRE EPS |
|--------|------------------|
| EPS002 | SALUD TOTAL S.A. |

| |
|-------------|
| NIT EMPRESA |
| 65744442 |
| 65744442 |
| 65744442 |
| 65744442 |

| NOMBRE EMPRESA |
|-----------------------|
|-----------------------|

| |
|-------------------------------------|
| SANDRA EDITH PUENTES DELGADO |
|-------------------------------------|

| |
|-------------------------------------|
| SANDRA EDITH PUENTES DELGADO |
|-------------------------------------|

| |
|-------------------------------------|
| SANDRA EDITH PUENTES DELGADO |
|-------------------------------------|

| |
|-------------------------------------|
| SANDRA EDITH PUENTES DELGADO |
|-------------------------------------|

| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO | ID DEPARTAMENTO EMPRESA |
|---------------------------|-------------------------|
| 06/10/2021 16:28:16 | 73 |
| 05/10/2021 17:15:06 | 73 |
| 04/10/2021 09:05:26 | 73 |
| 18/09/2021 07:50:32 | 73 |

| NOMBRE DEPARTAMENTO EMPRESA | ID DANE MUNICIPIO EMPRESA |
|-----------------------------|---------------------------|
| TOLIMA | 001 |

| NOMBRE MUNICIPIO EMPRESA | COD DANE EMPRESA |
|--------------------------|------------------|
| IBAGUE | 73001 |

| DIRECCIÓN EMPRESA PRINCIPAL | ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL |
|-----------------------------|-------------------------------|
| KR 6 SUR 20A 26 BR GALAN | 5455901 |
| KR 6 SUR 20A 26 BR GALAN | 5455901 |
| KR 6 SUR 20A 26 BR GALAN | 5455901 |
| KR 6 SUR 20A 26 BR GALAN | 5455901 |

| DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA |
|---------------------------------|
|---------------------------------|

| |
|---|
| OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO |
|---|

| |
|---|
| OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO |
|---|

| |
|---|
| OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO |
|---|

| |
|---|
| OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO |
|---|

| TD TRABAJADOR | ID TRABAJADOR |
|---------------|---------------|
| CC | 1110499851 |

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|-----------------|------------------|
| CASTILLO | TRUJILLO |

| PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---------------|----------------|
| SERGIO | DANIEL |

| SEXO TRABAJADOR | FECHA DE NACIMIENTO TRABAJADOR |
|-----------------|--------------------------------|
| MASCULINO | 1990-06-29 |

| EDAD TRABAJADOR | CORREO TRABAJADOR |
|-----------------|--------------------------|
| 31 | serginho2790@hotmail.com |

| TELÉFONO TRABAJADOR | ID DEPARTAMENTO TRABAJADOR |
|---------------------|----------------------------|
| 3223503847 | 73 |
| 3223503847 | 73 |
| 3223503847 | 73 |
| 3223503847 | 73 |

| NOMBRE DEPARTAMENTO TRABAJADOR | ID MUNICIPIO TRABAJADOR |
|--------------------------------|-------------------------|
| TOLIMA | 001 |

| NOMBRE MUNICIPIO TRABAJADOR | COD DANE EMPLEADO |
|-----------------------------|-------------------|
| IBAGUE | 73001 |

| DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR |
|--------------------------|
|--------------------------|

| |
|----------------|
| CALLE 23 #1-44 |
|----------------|

| |
|----------------|
| CALLE 23 #1-44 |
|----------------|

| |
|----------------|
| CALLE 23 #1-44 |
|----------------|

| |
|----------------|
| CALLE 23 #1-44 |
|----------------|

| ¿Has tenido fiebre? (Mayor o igual a 38 °C) | ¿Te has tomado la temperatura con un termómetro? |
|---|--|
| NO | NO |
| NO | NO |
| NO | SI |
| NO | NO |

| ¿Si te mediste la temperatura con un termómetro, cuánto te dio? | ¿Has presentado tos seca? |
|---|---------------------------|
| No Aplica | Sin tos seca |
| No Aplica | Sin tos seca |
| 35.7 | Sin tos seca |
| No Aplica | Sin tos seca |

| ¿Sientes que te cansas con el mínimo esfuerzo? | ¿Has tenido malestar general ("maluquera")? |
|--|---|
| NO | SI |

| ¿Sientes que te duelen los músculos? | ¿Te duele la cabeza? |
|--------------------------------------|----------------------|
| Poco dolor | Sin dolor |

| ¿Sientes que respiras normal? | ¿Sientes alguna molestia en el pecho? (“opresión o ardor”) |
|-------------------------------|--|
| SI | Ninguna Molestia |

| ¿Has tenido la nariz tapada o fluido nasal? | ¿Has tenido dolor de garganta? |
|---|--------------------------------|
| NO | Sin dolor |
| NO | Sin dolor |
| NO | Sin dolor |
| | Sin dolor |

| ¿Sientes que has dejado de percibir olores y/o sabores? | ¿Has tenido diarrea? |
|---|----------------------|
| NO | NO |

| ¿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 |

| LATITUD | LONGITUD |
|---------|----------|
| | |
| | |
| | |
| | |

| |
|--------|
| ORIGEN |
| WEB |
| WEB |
| WEB |
| WEB |

ANEXO 5

CERTIFICADO ACCIDENTALIDAD ARL POSITIVA

ESTADÍSTICAS DE INCIDENTES



Estadística *

Sede



Vigencia *

2021



CONSULTAR

Estadística de Incidentes - Frecuencia de Incidentes por Sede / Vigencia 2020 - 2021

Frecuencia de eventos por Sede

0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

Total Incidentes

Sede

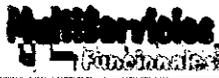
| CÓD. | SEDE | 2020 | 2021 |
|------|-------|------|------|
| | TOTAL | 0 | 0 |

<< 1 >>



ANEXO 6

FORMATO PERMISO TRABAJO EN ALTURAS



| | |
|---|-------------------|
| 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: 16/09/21 Hora inicial: 10:00 am Hora final: 11:00 am
 Actividad a realizar: Reparación cable de internet
 Lugar de la actividad: pasillo planta bal zona administrativa
 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"/> Tepeidos | <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 checked="" type="checkbox"/> Extintor | <input type="checkbox"/> Camilla | <input checked="" type="checkbox"/> Botiquín | <input checked="" type="checkbox"/> Escaleras | <input type="checkbox"/> Andamio | <input type="checkbox"/> Cenastilla | <input type="checkbox"/> Elevador | <input type="checkbox"/> 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 | | |

| ÁREA 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. CÉDULA | FIRMA | FECHA | HORA |
|---|-------------------------------|------------------|----------------|-----------------|-----------------|
| Encargado de la actividad | <u>Sergio Daniel Castillo</u> | <u>111049085</u> | <i>[Firma]</i> | <u>16/09/21</u> | <u>10:00 am</u> |
| Inspector SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas | <u>Luis Jimenez</u> | <u>93380079</u> | <i>[Firma]</i> | <u>16/09/21</u> | <u>10:00 am</u> |

CIERRE DEL PERMISO

| RESPONSABLES | NOMBRE Y APELLIDOS | No. CÉDULA | FIRMA | FECHA | HORA |
|---|--------------------------------|------------------|----------------|-----------------|-----------------|
| Encargado de la actividad | <u>Sergio Castillo Tejillo</u> | <u>111049085</u> | <i>[Firma]</i> | <u>16/09/21</u> | <u>11:00 am</u> |
| Inspector SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas | <u>Luis Jimenez</u> | <u>93380.079</u> | <i>[Firma]</i> | <u>16/09/21</u> | <u>11:00 am</u> |

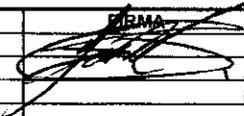
OBSERVACIONES:

| 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 necesario para el desarrollo de la actividad

| No | NOMBRE Y APELLIDOS | NÚMERO DE CEDULA | CARGO | FIRMA |
|----|---------------------------------|------------------|---------|---|
| 1 | Sergio Daniel Castillo Trujillo | 4170499851 | Oficial |  |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 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 | | | | |

Fecha: 05/25/2021

Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo

Proceso

Verión: 001

Formato de Inspección Trabajo en Alturas

FECHA: 16/09/21

ÁREA DE TRABAJO: Zona administrativa Resillo Planta la pala

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD O TAREA QUE REQUIERE EL TRABAJO EN ALTURA: Reparación cable de internet

Nombre y apellidos del Insuccionista: Segio Castillo C.C: 171049851

FECHA: 16/09/21

Observaciones

| CATEGORÍA | SI | | NO | | A | | SI | | NO | | A | | SI | | NO | | A | | Observaciones |
|---|--|---|----|--|---|--|----|--|----|--|---|--|----|--|----|--|---|--|---------------|
| | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| CAPACITACIÓN (CONTAR CON LA CERTIFICACIÓN) | Conoce la tarea a realizar? | X | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Recibió capacitación en el procedimiento y asistencia para trabajar en altura? | X | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | El trabajo de altura del trabajador es ideal para realizarlo? | X | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Casco con barbuquejo? | X | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CUENTA CON ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL | Botas de seguridad? | X | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Protección visual? | X | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Guañetes? | X | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Ropa de trabajo adecuada a las condiciones de riesgo? | X | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CUENTA CON EQUIPOS DE SEGURIDAD | Equipos de rescate (cuerdas, escaleras, otros)? | X | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Botiquín de primeros auxilios? | X | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Señalización y demarcación de área de trabajo? | X | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Andamios? | X | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CUENTA CON SISTEMAS DE ACCESO | Pielatrimas? | X | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Escaleras? | X | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Barandillas? | X | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Otros? | X | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS | Arneses de cuerpo completo? | X | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Puntos de anclaje? | X | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Mecanismos de anclaje? | X | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Elingas? | X | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS | Líneas de vida? | X | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Conectores? | X | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otros? | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ELABORÓ: Segio Castillo REVISÓ: Segio Castillo APROBÓ: Luis Jimenez

NOMBRE: Segio Castillo NOMBRE: Luis Jimenez

CARGO: Oficial CARGO: Coordinador

T. Eléctrico
 E. Confinados
 T. Alturas
 Excavaciones
 Válido para el periodo, lugar, equipo, personal y trabajo indicado

Fecha: 20/09/21 Hora inicial: 2:00 P.M. Hora final: 4:00 P.M.
 Actividad a realizar: Reparación de iluminación.
 Lugar de la actividad: Tanque de picafera Mina: _____ Planta calle tercera: _____
 Frente de obra: _____

EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDO

Casco Gafas Respirador Mangas Arnés Polainas
 Tepalcates Carete Guantes Peto Autocontenido Botas
 Otros: _____

EQUIPO DE EMERGENCIAS REQUERIDO

SISTEMA DE ACCESO/SALIDA REQUERIDO

Extintor Camilla Botiquín
 Escaleras Andarivo 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 | | |

| ÁREA 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 revisados 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 | 1110 440051 | | 20/09/21 | 2:00 P.M. |
| Inspector SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas | Luis Jimenez | 43 380 079 | | 20/09/21 | 2:00 P.M. |

CIERRE DEL PERMISO

| RESPONSABLES | NOMBRE Y APELLIDOS | No. CEDULA | FIRMA | FECHA | HORA |
|--|--------------------|-------------|-------|----------|-----------|
| Encargado de la actividad | Sergio Castillo | 1110 440051 | | 20/09/21 | 4:00 P.M. |
| Inspector SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas | Luis Jimenez | 43 380 079 | | 20/09/21 | 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

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 Daniel Castillo Trujillo | 7710 499851 | operador |  |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 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 | | | | |

ÁREA DE TRABAJO: **Tanque Picalosa**

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD O TAREA QUE REQUIERE EL TRABAJO EN ALTURA: **Cambio de iluminación**

Nombre y apellidos del trabajador: **Sergio Castillo** C.C.: **1102499751** Cargo: **Oficial**

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

| Observaciones | SI | NO | N/A | |
|--|----|----|-----|----|----|-----|----|----|-----|----|----|-----|----|----|-----|----|----|-----|----|----|-----|----|----|-----|--|
| CAPACITACION (CONTAR CON LA CERTIFICACION) | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CUENTA CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CUENTA CON EQUIPOS DE SEGURIDAD | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CUENTA CON SISTEMAS DE ACCESO | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EQUIPOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ELABORÓ: **Sergio Castillo** REVISÓ: **Sergio Castillo** APROBÓ: **Luis Jimenez**

NOMBRE: **Sergio Castillo** NOMBRE: **Sergio Castillo** NOMBRE: **Luis Jimenez**

CARGO: **Oficial** CARGO: **Oficial** CARGO: **Coordinador**



| | |
|---|-------------------|
| 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: 27/09/21 Hora inicial: 09:00 am Hora final: 12:00 am
 Actividad a realizar: Cambio de Iluminación
 Lugar de la actividad: Plaza Americas Mina: Planta calle tercera:

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDO

Casco Gafas Respirador Mangas Arnés Polainas
 Tapaoidos Careta Guantes Peto Autoconfinado Botas

Otros: _____

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

Extintor Carrito 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"/> | | | 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 | Sergio Castillo | 110449851 | <i>[Firma]</i> | 27/09/21 | 09:00 am |
| Inspector SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas | Luis Jimenez | 93380079 | <i>[Firma]</i> | 27/09/21 | 09:00 am |

| CIERRE DEL PERMISO | | | | | |
|--|--------------------|------------|----------------|----------|----------|
| RESPONSABLES | NOMBRE Y APELLIDOS | No. CEDULA | FIRMA | FECHA | HORA |
| Encargado de la actividad | Sergio Castillo | 110449851 | <i>[Firma]</i> | 27/09/21 | 12:00 am |
| Inspector SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas | Luis Jimenez | 93380079 | <i>[Firma]</i> | 27/09/21 | 12:00 am |

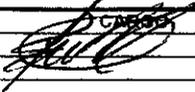
OBSERVACIONES:

| 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 necesario para el desarrollo de la actividad

| No | NOMBRE Y APELLIDOS | NÚMERO DE CEDULA |  |  |
|----|--------------------|------------------|--|---|
| 1 | Sergio Costilla | 1110499851 | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 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 | | | | |



| | |
|---|-------------------|
| 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: 06/10/21 Hora inicial: 2:00 P.M. Hora final: 4:00 P.M.
 Actividad a realizar: Cambio de luminarede
 Lugar de la actividad: Barabano C-17
 Frente de obra: Mina: Planta calle tercera:

EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDO

Casco Gafas Respirador Mangas Arnés Poinas
 Tapaoidos Careta Guantes Peto Autocontenido Botas

Otros: _____

EQUIPO DE EMERGENCIAS REQUERIDO

Extintor Camilla Botiquín
 Otros: _____

SISTEMA DE ACCESO/SALIDA REQUERIDO

Escaleras Andamio Canastilla Elevador Línea de vida
 Otros: _____

LISTA DE VERIFICACION

| 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"/> | | |
| 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"/> | | |
| | | | | 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"/> | | |
| | | | | 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 | Sergio Castillo | 110409851 | <i>[Firma]</i> | 06/10/21 | 2:00 P.M. |
| Inspector SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas | Luis Jimenes | 93380079 | <i>[Firma]</i> | 06/10/21 | 2:00 P.M. |

| CIERRE DEL PERMISO | | | | | |
|---|--------------------|------------|----------------|----------|-----------|
| RESPONSABLES | NOMBRE Y APELLIDOS | No. CEDULA | FIRMA | FECHA | HORA |
| Encargado de la actividad | Sergio Castillo | 110409851 | <i>[Firma]</i> | 06/10/21 | 4:00 P.M. |
| Inspector SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas | Luis Jimenes | 93380079 | <i>[Firma]</i> | 06/10/21 | 4:00 P.M. |

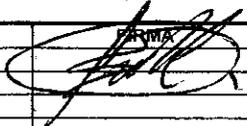
OBSERVACIONES:

| VIGENCIA Y RENOVACIÓN | Día 1 | Día 2 | Día 3 | Día 4 | Día 5 | Día 6 | Día 7 |
|-----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Fecha | | | | | | | |
| 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 | NÚMERO DE CEDULA | CARGO | FIRMA |
|----|--------------------|------------------|---------|---|
| 1 | Sergio Castillo | 1110499351 | Oficial |  |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 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 | | | | |

Área de Trabajo: **Bocafoma Cay**
 Descripción de la actividad o tarea que requiere el trabajo en altura: **Cambio de luminarias**
 Nombre y apellidos del funcionario: **Sergio Castillo**
 C.C: **110499851**
 Cargo: **Oficial**
 Fecha: **06/10/21**

Nota: Verificar el estado en que se encuentran los equipos de protección personal (EPP), tamaño de ascenso y los equipos de seguridad.
 Colocar el número de cumplimiento de cada ítem, colocar (no) cuando no se cumple con el criterio, si con el presente procedimiento de trabajo de manera individual.

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

ELABORÓ: **Sergio Castillo** REVISÓ: **Sergio Castillo** APROBÓ: **Luis Sumener**
 NOMBRE: **Oficial** CARGO: **Oficial** NOMBRE: **Luis Sumener** CARGO: **Coordinador**



FICHA TECNICA DE EVALUACION Y REEVALUACION DE PRDVEEDORES

CÓDIGO: GJ-R-056

FECHA VIGENCIA:

15/07/2021

VERSIÓN: 01

Página 1 de 4

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

Evaluación: Fecha evaluación Octubre 14 de 2021

Reevaluación: Fecha reevaluación: _____

Acta Parcial N° 04

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. PRESTACION 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 | | |
| SOORTE 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 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 cumplio con los requerimientos solicitados.

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

INTERPDNE RECURSO DE REPOSICION 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 resolucio... 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 Delgadd

SANDRA EDITH PUENTES DELGADD

NOMBRES APELLIDOS Y FIRMA DEL CONTRATISTA

13/10/21 10:43

FV-2-74



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-74

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

Fecha y hora Factura

Generación 13/10/2021, 10:42
 Expedición 13/10/2021, 10:42
 Vencimiento 28/10/2021

| 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 DEL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 11 DE SEPTIEMBRE DE 2021 AL 10 DE OCTUBRE DE 2021 | 1,00 | 11,875,000.00 |

Total Items: 1

Valor en Letras:

Once millones ochocientos setenta y cinco mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:

Pago a crédito - Cuota No. 001 vence el 2021-10-28 por \$ 11,875,000.00

Observaciones:

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

Elaborado por software Suxo. Nube y errando. Electrónico emitido por proveedor registrado Suxo. Carga S - S/Nº 830 C/S 145-9

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 18784813174468 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 6/102
 CUIFE: be6b8f97089c59a31751ebb252f314364e891b549cc7b8d244b2379160007fa2b0f059e247f9649799da5b15b2f55636d