


DOCUMENTOS ACTA 05 CONT 080-21 SANDRA EDITH PUENTES



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

Destinatario <sgeneral@ibal.gov.co>

Fecha 2021-11-30 11:50

 DOCUMENTOS ACTA 05 CONT 080-21 SANDRA EDITH PUENTES.PDF (~1,6 MB)

ADJUTNO DOCUMENTOS DEL ASUNTO PARA TRÁMITE PERTINENTE



IBAL
LA ESP. OFICIAL

SIG
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

**SOPORTES DOCUMENTALES PARA
TRAMITE DE CUENTA**

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

CÓDIGO: GJ-R-050

FECHA VIGENCIA: 2016-10-12

VERSIÓN: 02

Página 1 de 1

Ibagué, 18 de Noviembre de 2021

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

Del
18-11-21
11-02

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. 05

1. FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. FESF – 80
2. ACTA PARCIAL No. 05
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 OEL 02 DE JUNIO OE 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	SANORA EOTH PUENTES DELGADO/ MULTISERVICIOS FUNCIONALES.
Supervisor	JAVIER PEORAHITA SARMIENTO - Profesional Especializado III Gestión Recursos Físicos y Servicios Generales
Fecha de Inicio	11 DE JUNIO OE 2021.
Fecha de terminación	31 DE DICIEMBRE OE 2021.
Plazo de Ejecución	SIETE (07) MESES.

FECHA DE ELABORACIÓN DEL ACTA PARCIAL	Año	Mes	Día
	2021	11	12

En la ciudad de Ibagué, en la fecha antes indicada, contratista y supervisor suscriben la presente Acta Parcial No. 05 del contrato antes identificado. Para completar y soportar los trámites necesarios para su correspondiente pago.

Periodo informado	11 de octubre al 10 de noviembre de 2021.
Informe de las actividades desarrolladas y avaladas por el supervisor	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento preventivo, correctivo, revisiones y diagnóstico de las Redes Telefónicas. • Mantenimiento preventivo, correctivo, revisiones, inspección y diagnóstico de Aires Acondicionados. • Mantenimiento preventivo, correctivo, revisiones, inspección y diagnóstico a las Redes Eléctricas., (Cableado estructurado, dispositivos de conexión eléctrica, y demás elementos indispensables para este servicio). Incluye alarmas. • Documentos SSST.
Evidencias de la ejecución del contrato	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Informe con registro fotográfico. ➤ Solicitudes del servicio a las diferentes oficinas.

ESTADO DE CUENTA

Valor Contrato	\$ 83.125.000.00
Valor Acta No. 01	\$ 11.875.000.00
Valor Acta No. 02	\$ 11.875.000.00
Valor Acta No. 03	\$ 11.875.000.00
Valor Acta No. 04	\$ 11.875.000.00
Valor Acta No. 05	\$ 11.875.000.00
Saldo (Valor pendiente para pago)	\$ 23.750.000.00

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.	7815324181	Salud	\$ 1.190.000.00
Periodo cotizado	De:	01 Octubre	Pensión
	Hasta:	31 Octubre	ARL
			\$ 1.618.400.00
			\$ 232.000.00



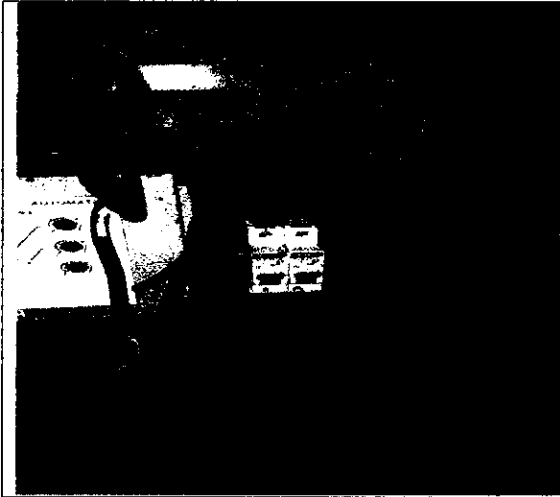
ACTA PARCIAL
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

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

Entidad en donde se realiza el pago.	PLANILLAS SOI		Valor total del aporte	\$ 2.463.000.00
Planilla No.	7815322128		Salud	\$ 318.400.00
Periodo cotizado	De:	01 Octubre	Pensión	\$ 1.272.400.00
	Hasta:	31 Octubre	ARL	\$ 553.800.00
			CCF	\$ 318.400.00
ANEXOS:				Marque con x
Factura Electrónica de Venta				X
Informe Técnico Actividades realizadas del periodo del 11 de octubre al 10 de noviembre 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

Nr. 65 744 442-1



Revisión de motobomba de cloración planta chembe



Revisión de motobomba chembe

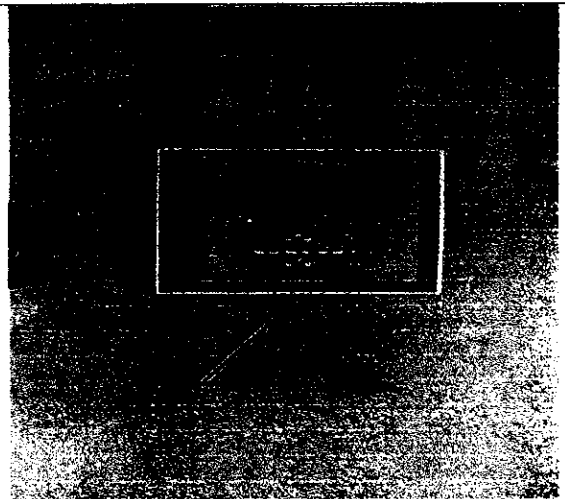
Revisión planta eléctrica chembe



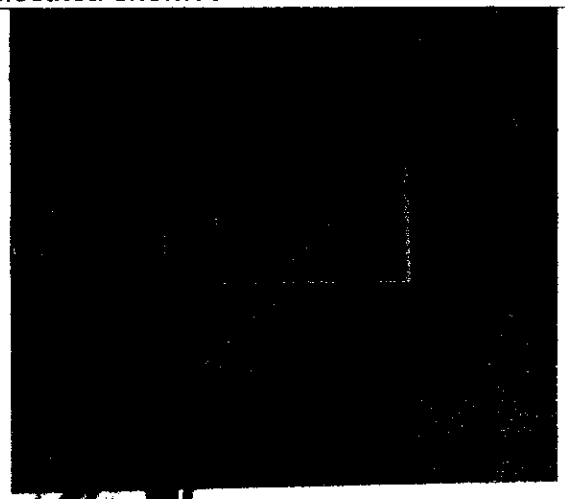
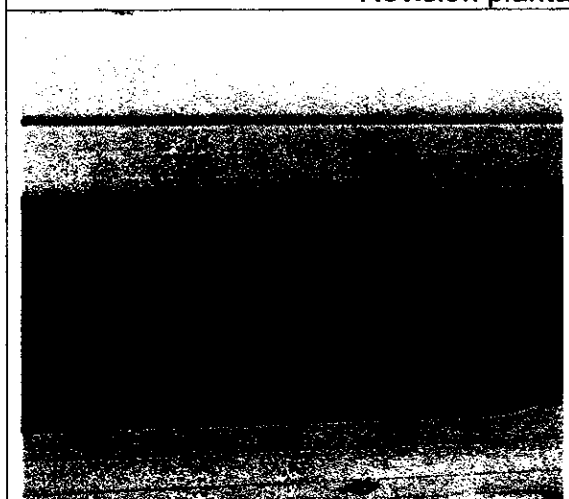
Revisión planta eléctrica chembe

MultiServicios Funcionales

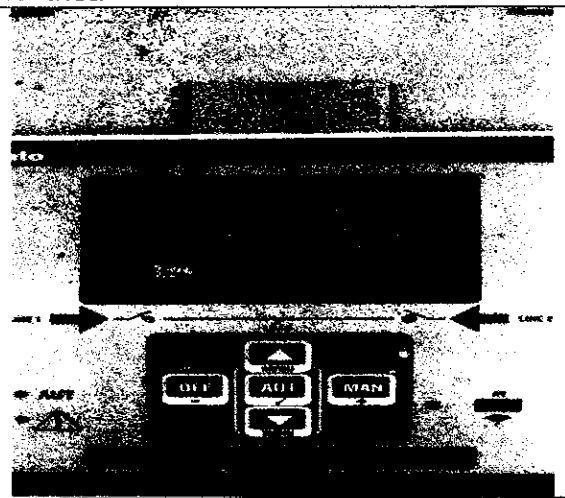
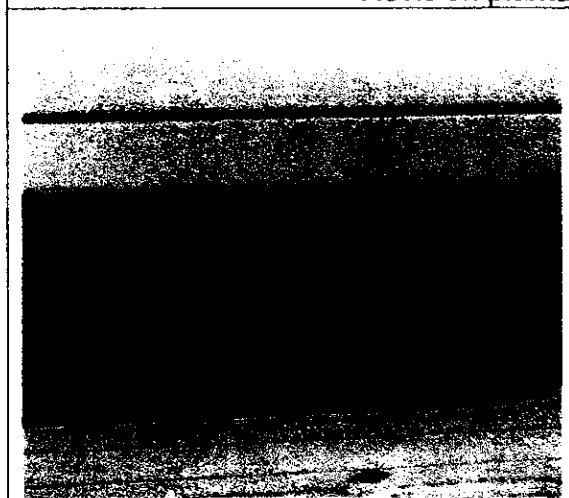
Nit. 65 744 442-1



Revisión planta eléctrica chembe



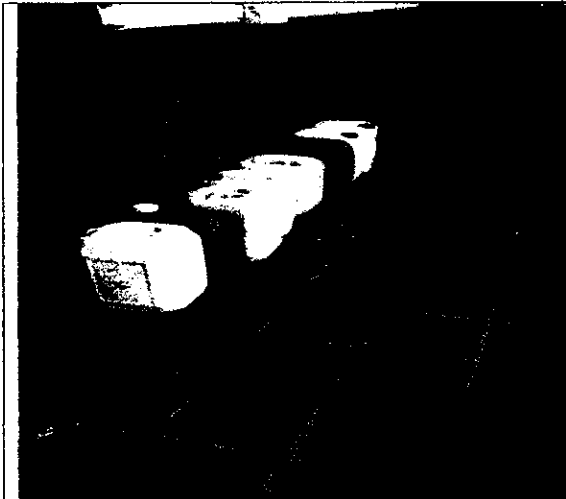
Revisión planta eléctrica chembe



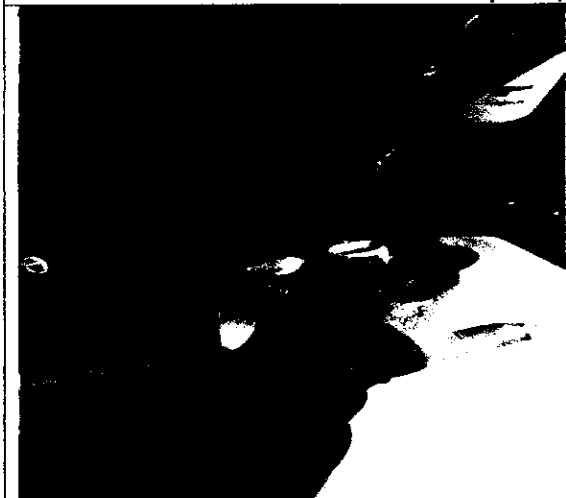
Revisión planta eléctrica chembe

MultiServicios Funcionales

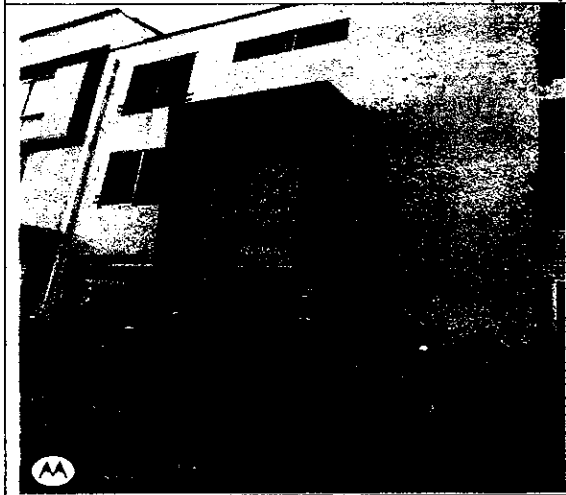
Nit 65 744 442-1



Tanqueo planta la Pola



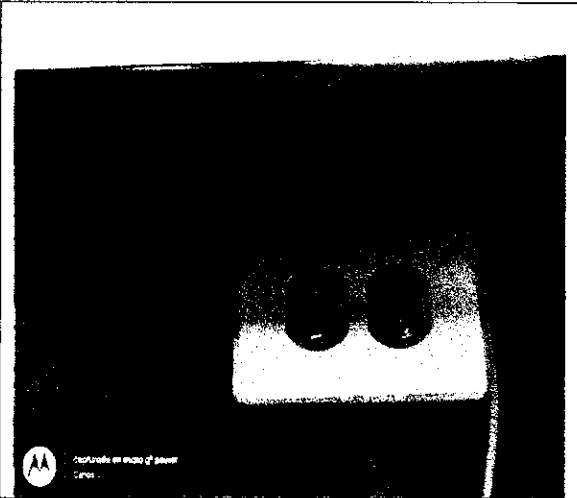
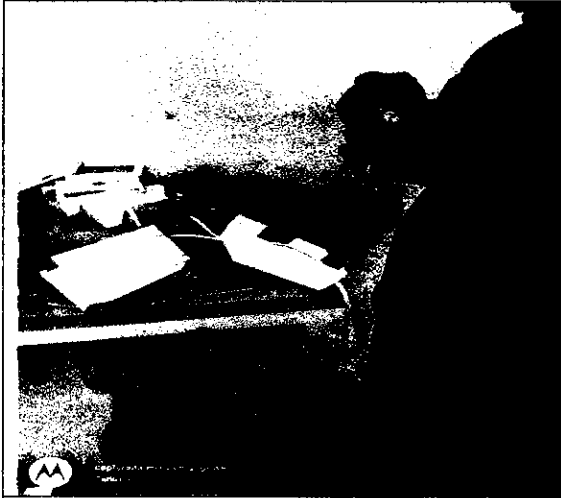
Tanqueo planta la Pola



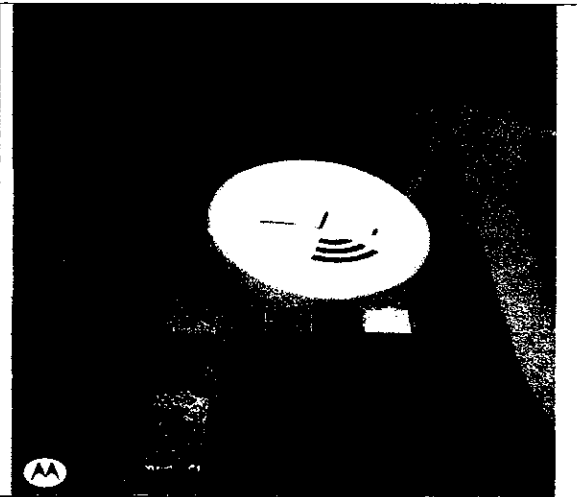
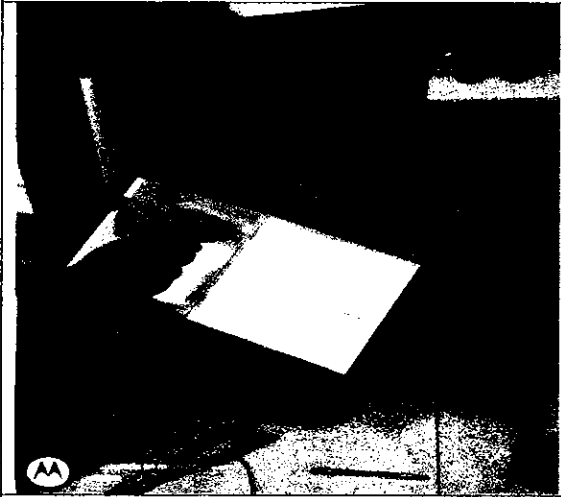
Revisión de greca en Cádiz

MultiServicios Funcionales

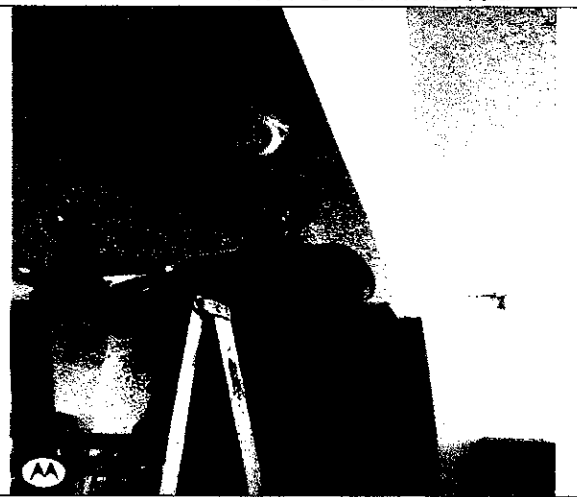
Nr. 65 744 442-1



Adecuación de call center e instalación de sensores de humo fontinebleau



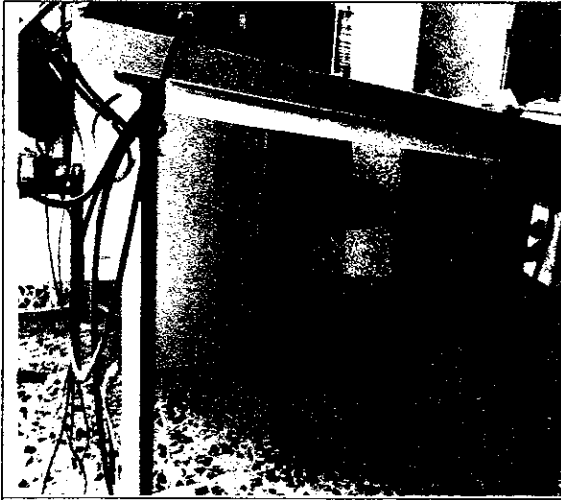
Adecuación de call center e instalación de sensores de humo fontinebleau



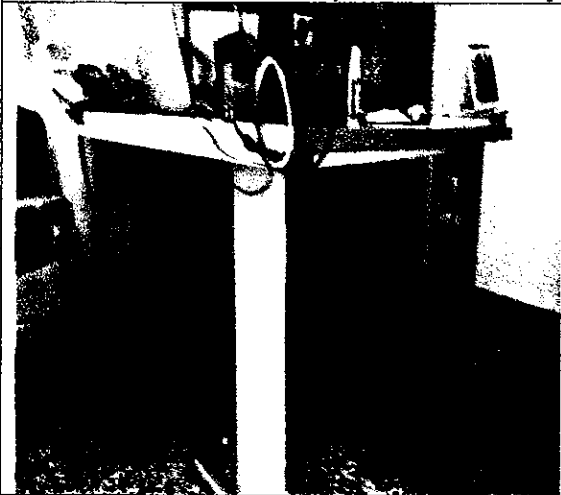
Adecuación de call center e instalación de sensores de humo fontinebleau

MultiServicios Funcionales

Nº. 65 744 442-1

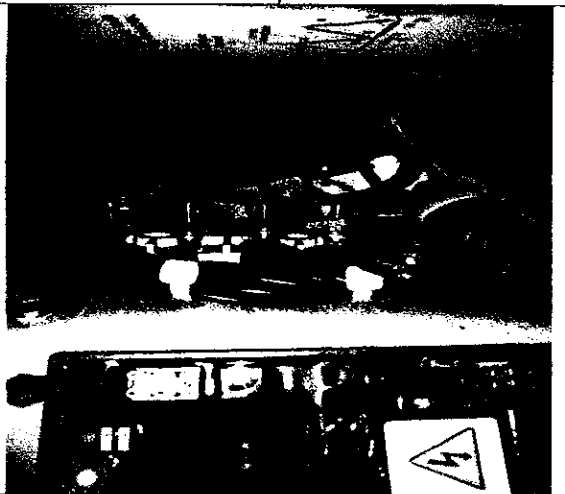


Adecuación puesto de trabajo seguridad y salud en el trabajo



Adecuación puesto de trabajo

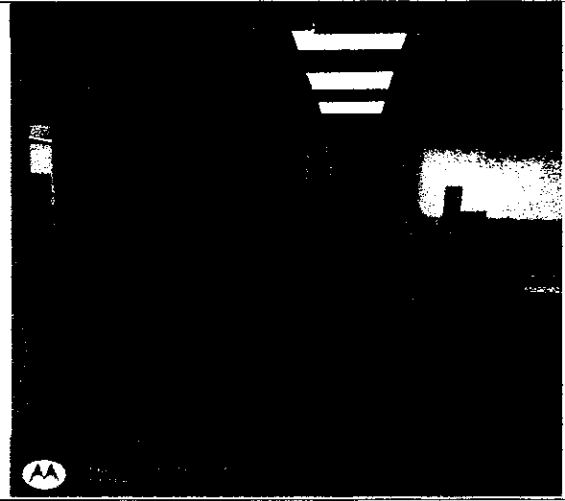
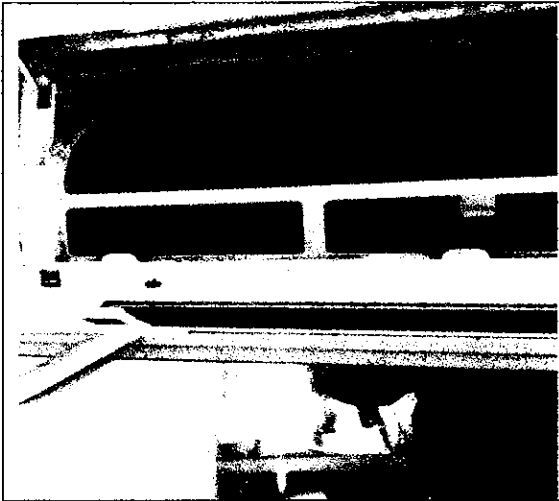
Detección de daño planta combeima



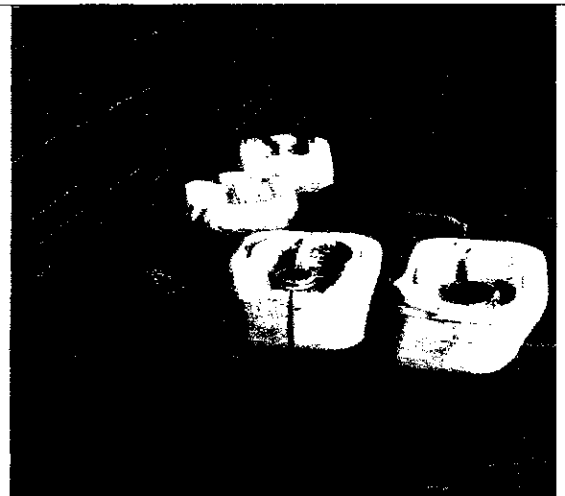
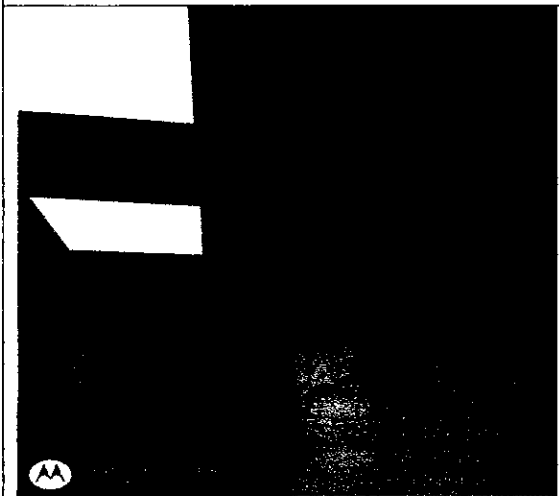
Detección de daño planta combeima

MultiServicios Funcionales

Nº. 65 744 442-1



Revisión de aire acondicionado laboratorio de calidad



Revisión de aire acondicionado calidad

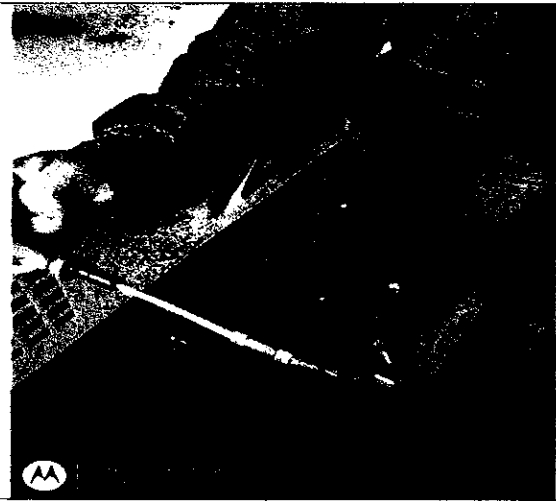
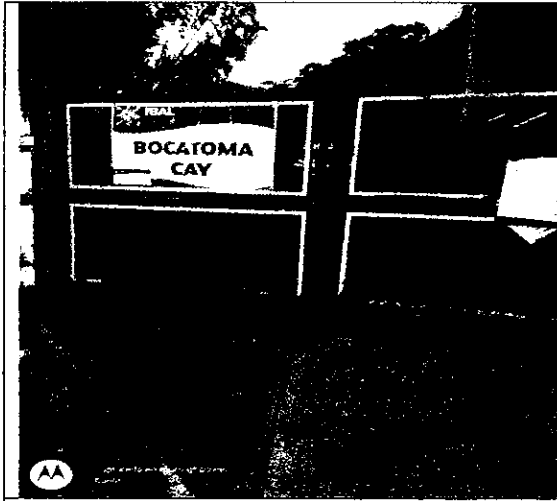
Tanqueo planta la Pola



Tanqueo planta la Pola

MultiServicios Funcionales

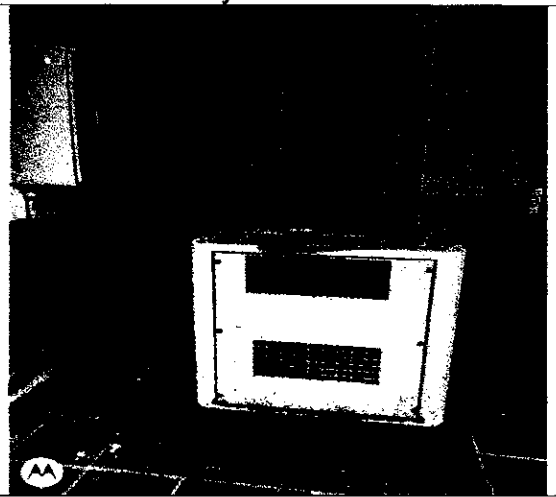
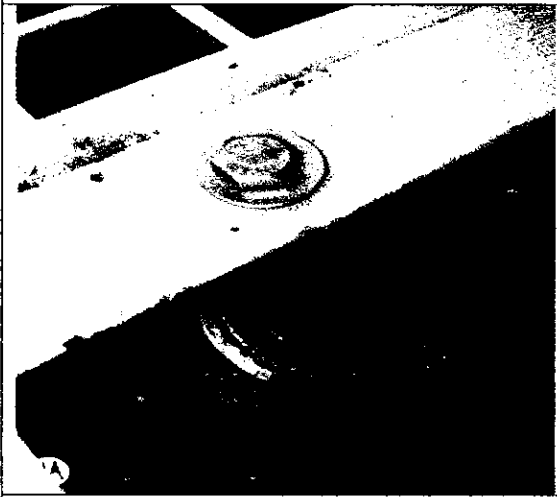
Nit. 65.744.442-1



Mantenimiento planta eléctrica cay



Mantenimiento planta eléctrica cay



Mantenimiento planta eléctrica cay

MultiServicios Funcionales

Nit - 65 744 442-1



Reparación A.A. sistemas



Reparación A.A. sistemas

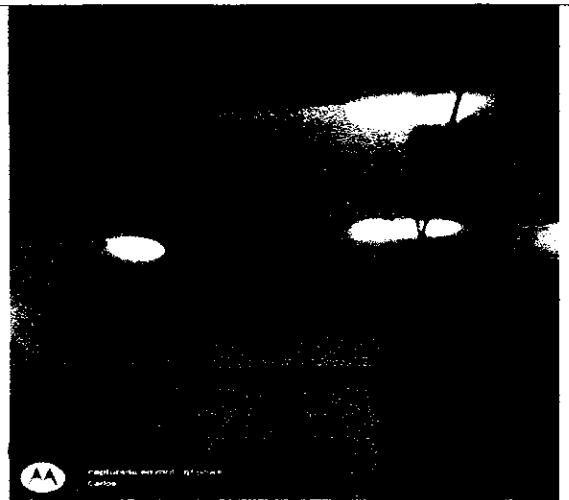
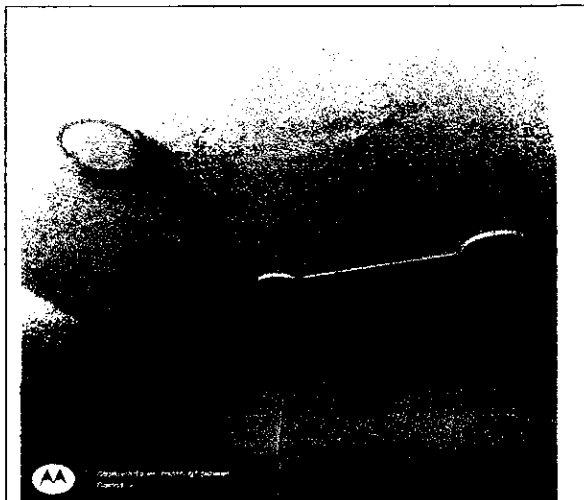
Reparación luminarias parqueadero



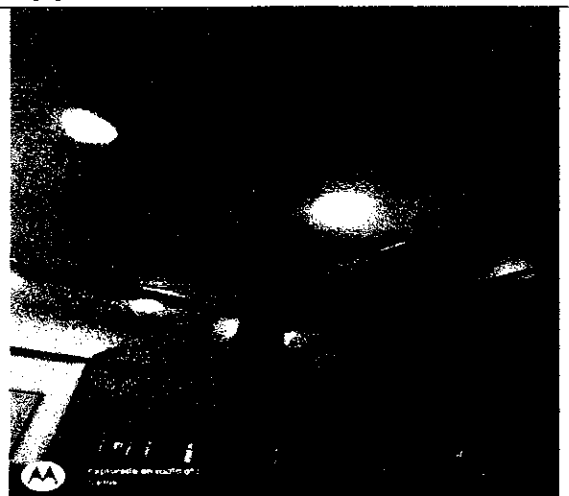
Reparación luminarias parqueadero planta 1

MultiServicios Funcionales

Nit 65 744 442-1



Cambio de iluminación centro de documentación



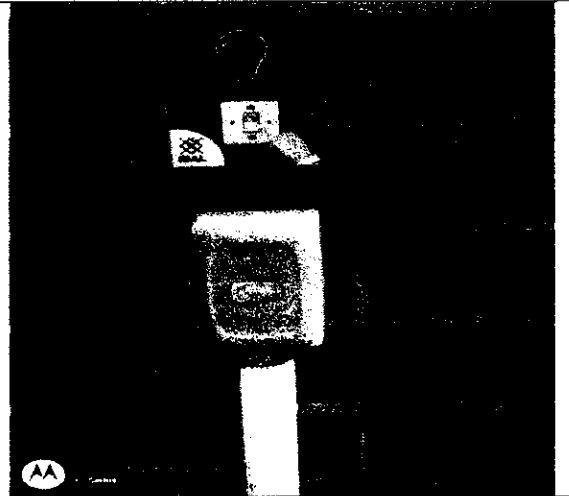
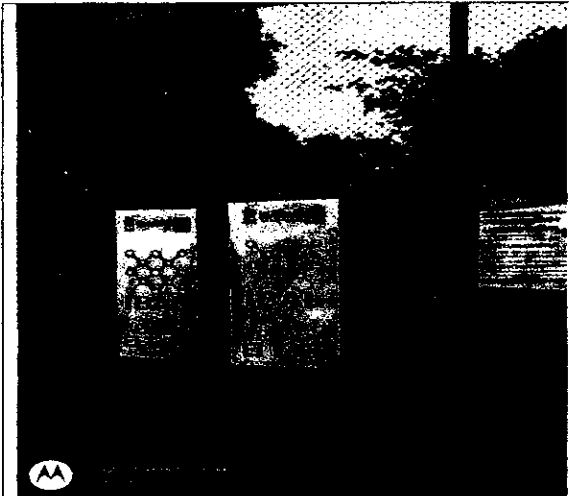
Cambio de iluminación centro de documentación



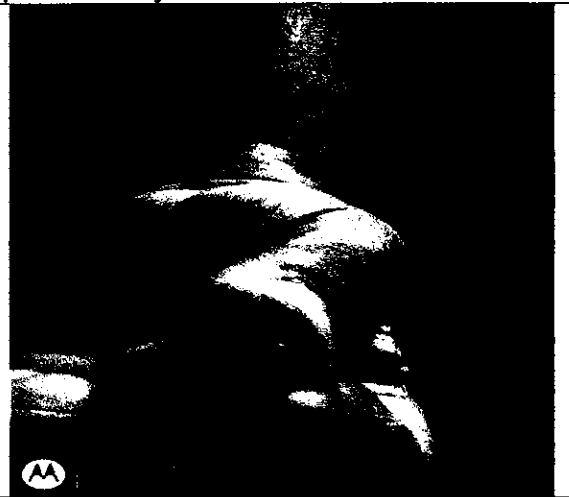
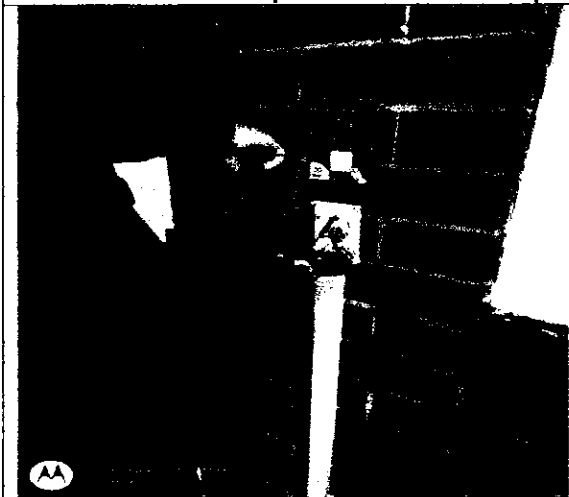
Cambio de iluminación centro de documentación

MultiServicios Funcionales

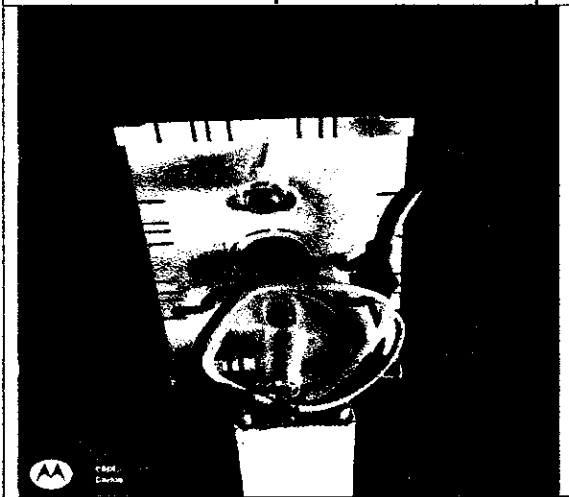
Nº 65 744 442-1



Reparación de interruptor planta el tejar laboratorio



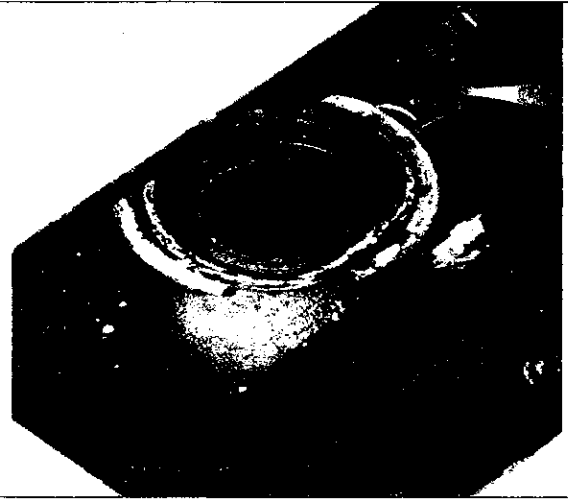
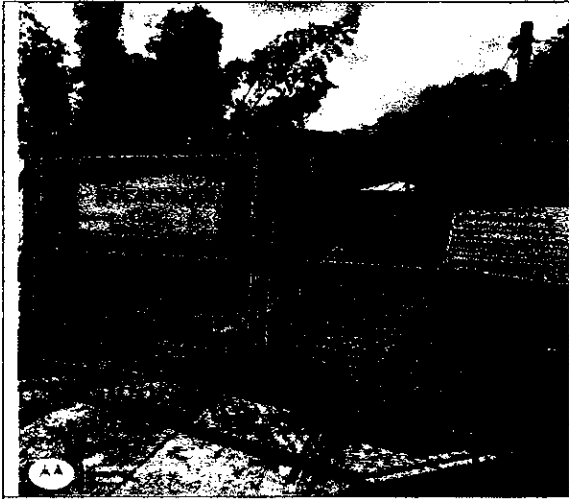
Reparación de interruptor planta el tejar laboratorio



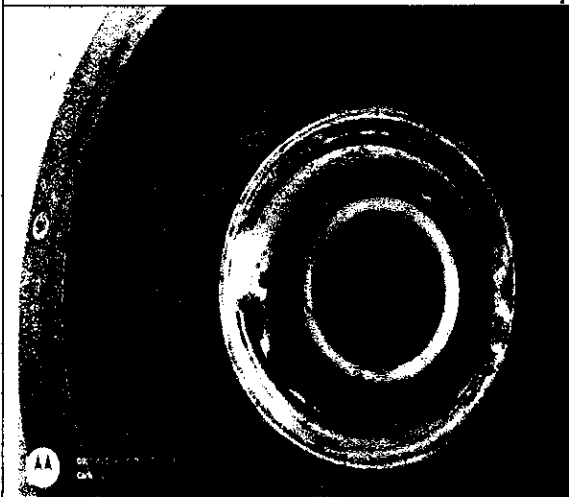
Reparación de interruptor planta el tejar laboratorio

MultiServicios Funcionales

Nit. 65 744 442-3



Mantenimiento planta eléctrica cay



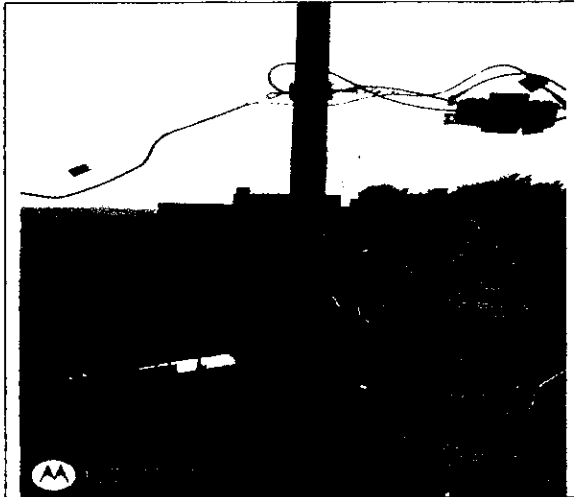
Mantenimiento planta eléctrica cay



Revisión de iluminación en tanque piedra pintada

MultiServicios Funcionales

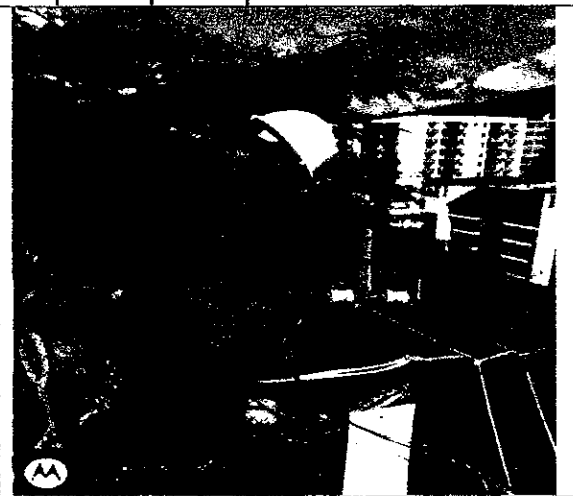
Nº 65 744 442-1



Cambio de luminarias en tanque de piedra pintada



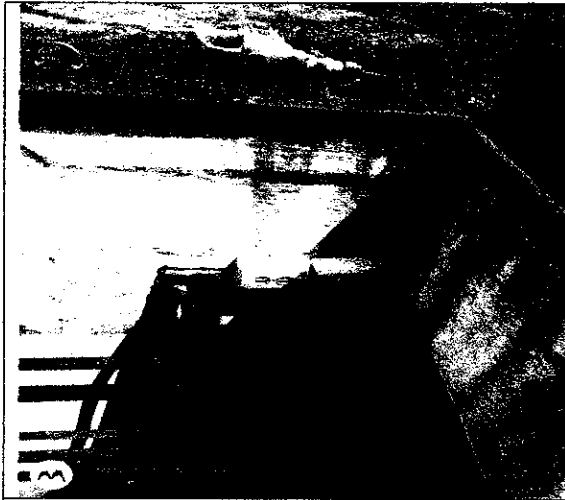
Cambio de luminarias en tanque de piedra pintada



Cambio de luminarias en tanque de piedra pintada

MultiServicios Funcionales

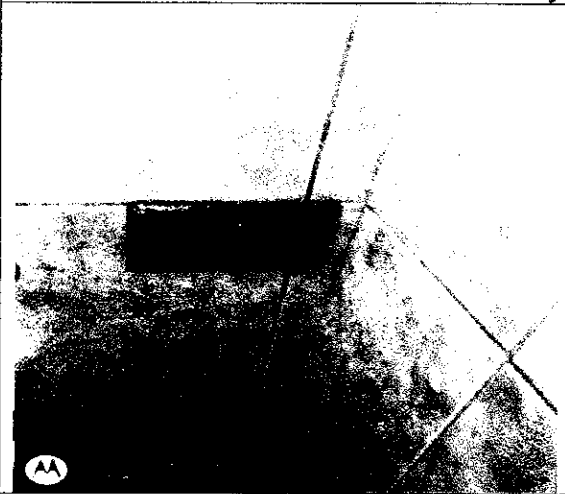
Nr. 65.744.432-1



Instalación de iluminación y tomacorriente tanque de la 29



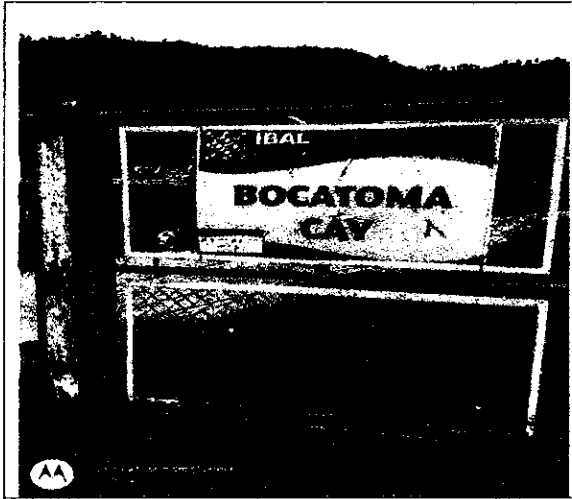
Instalación de iluminación y tomacorriente tanque de la 29



Cambio de tomacorriente bifásica por monofásica

MultiServicios Funcionales

Nº 65 744 442-1

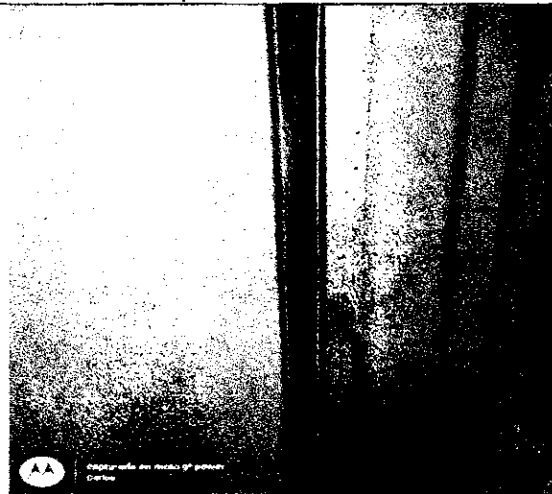
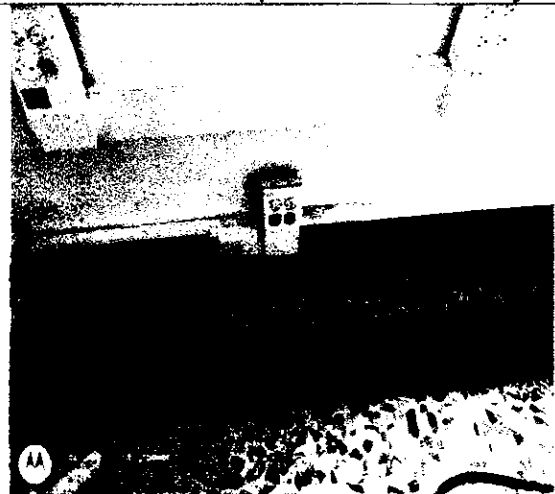


Mantenimiento planta eléctrica cay



Mantenimiento planta eléctrica cay

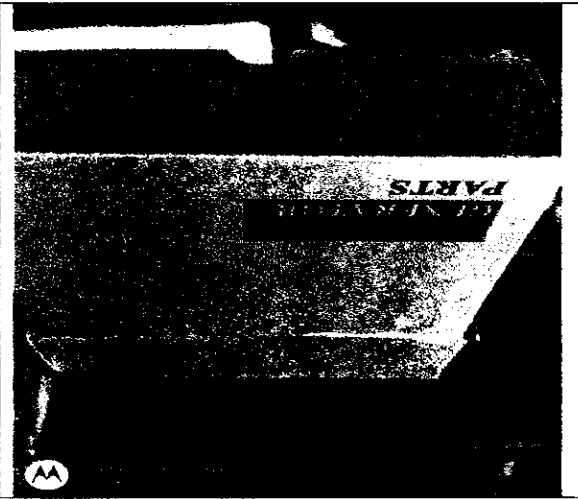
Adecuación para traslado de servidores



Adecuación para traslado de servidores sistemas datacenter

MultiServicios Funcionales

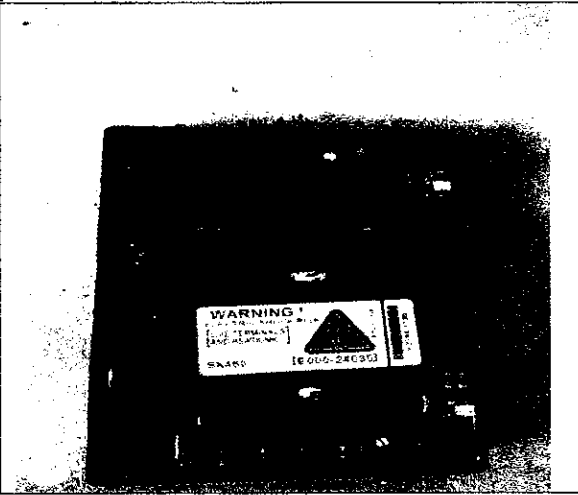
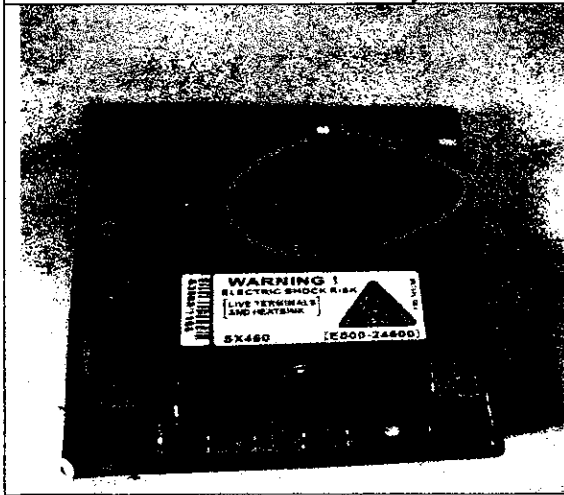
Nº 65 744 442-1



Cambio de tarjeta AVR en planta eléctrica Combeima



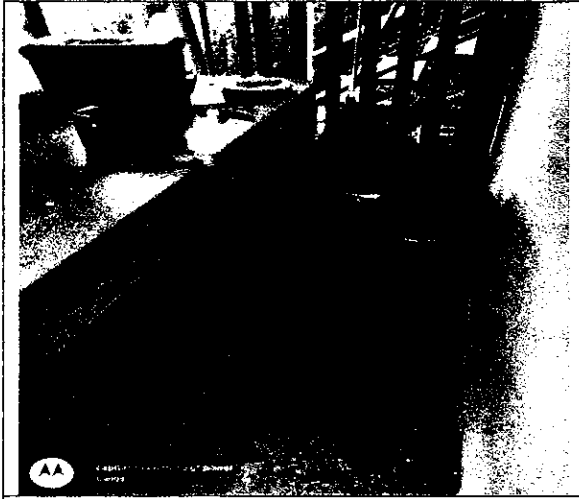
Cambio de tarjeta AVR en planta eléctrica Combeima



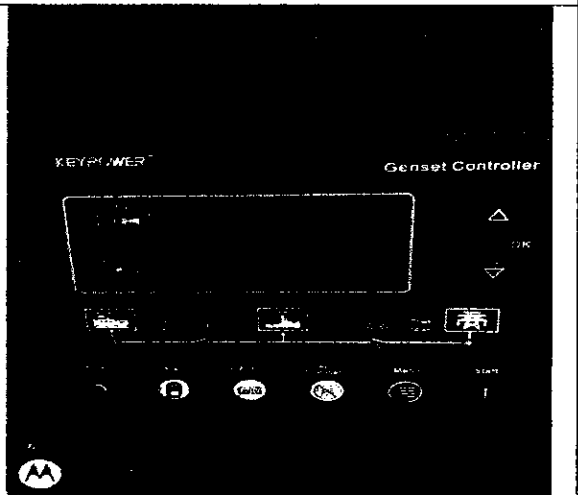
Cambio de tarjeta AVR en planta eléctrica Combeima

MultiServicios Funcionales

Nº 65.734.442-1



Cambio de tarjeta AVR en planta eléctrica Combeima



Cambio de tarjeta AVR en planta eléctrica Combeima



27-10-21 Mantenimiento preventivo planta eléctrica Combeima. Se realizó el cambio de la tarjeta de control de voltaje de salida de la planta eléctrica encontrada defectuosa.

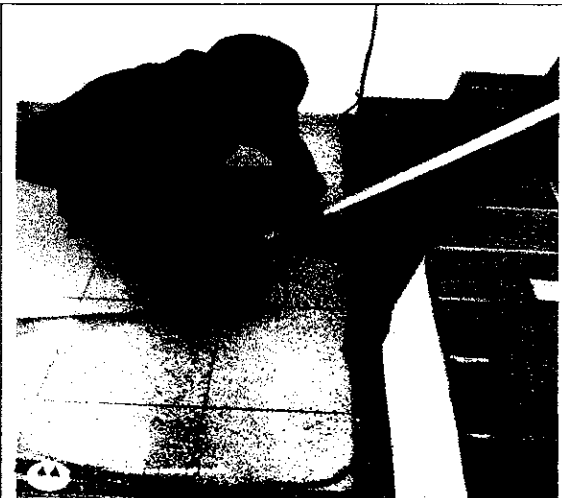
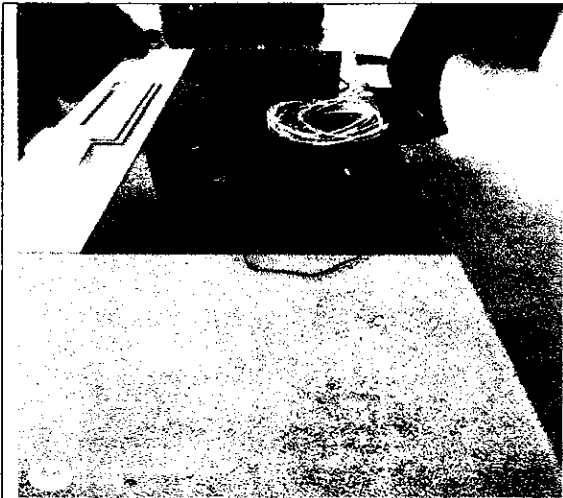
Se realizó el cambio de la tarjeta de control de voltaje de salida de la planta eléctrica encontrada defectuosa.

Luz Daniel Caselli

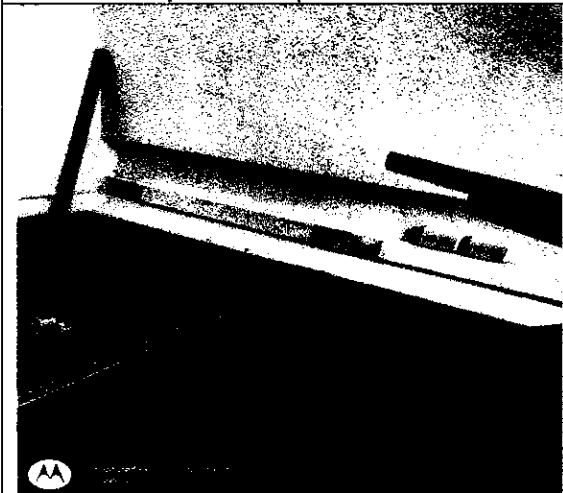
Cambio de tarjeta AVR en planta eléctrica Combeima

MultiServicios Funcionales

Nº 65 744 442-1

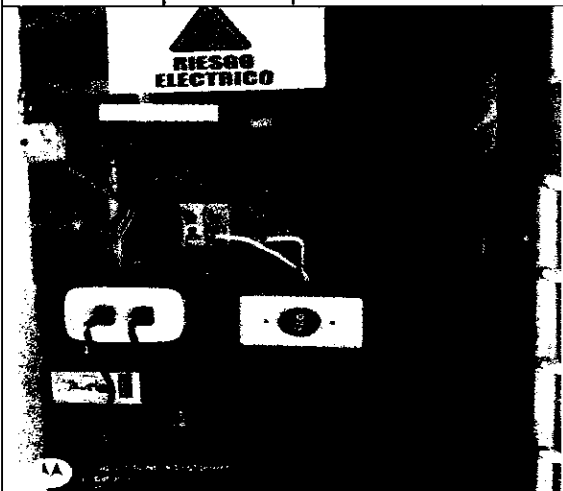


Reparación punto de red sala de juntas para evento de Halloween



Reparación punto de red

Instalación toma 220v PTAR tejar



Instalación toma 220v PTAR tejar

MultiServicios Funcionales

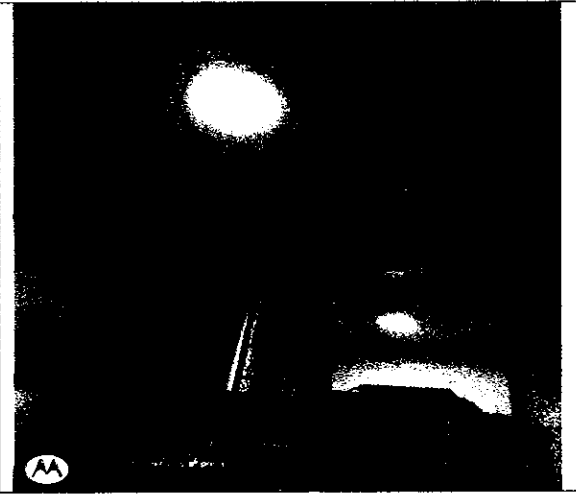
Nº 65 744 442-1



Instalación de iluminación en datacenter



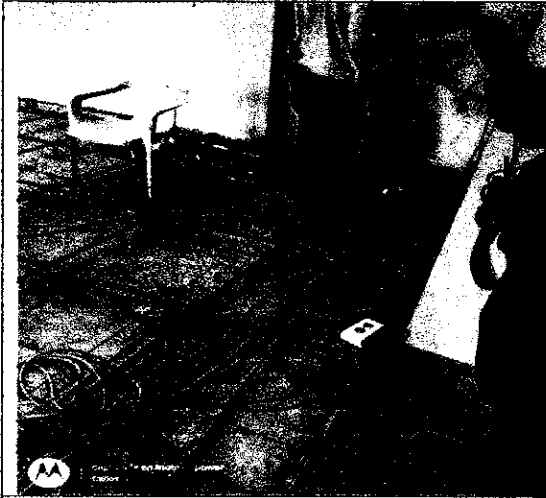
Instalación de iluminación en datacenter



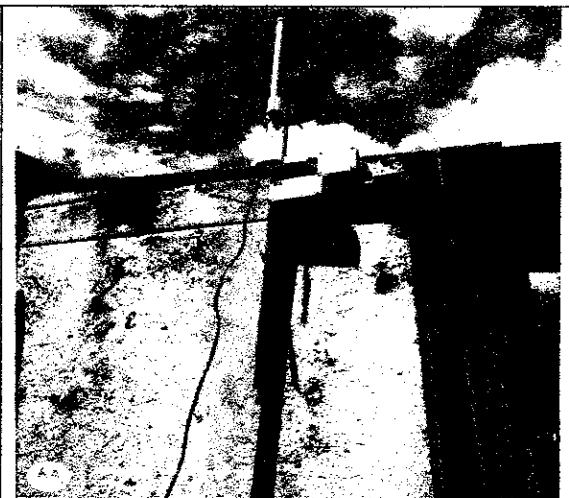
Instalación de iluminación en datacenter

MultiServicios Funcionales

Nit. - 65.744.442-1



Apoyo para traslado de servidores de CECOI



Apoyo para traslado de servidores de CECOI



Apoyo para traslado de servidores de CECOI

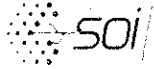
Multiservicios Funcionales

Nr. 65 744 442-1



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):	ND	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	7815324181		TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: octubre	PERIODO COTIZACIÓN:	MES: octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2021	SALUD:	AÑO: 2021
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGD (aaaa/mm/dd):	2021/11/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1185047360

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																			
TIPO DE AFECCIÓN					CÉDULA DE CLASIFICACIÓN					NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN					NÚMERO PLANILLA					PERIODO DE PAGO					PERIODO DE AUTORIZACIÓN				
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL					NOMBRE DEL APORTANTE					CÉDULA DE CLASIFICACIÓN					MENSUALIDAD					MENSUALIDAD					MENSUALIDAD				
CÓDIGO DE AFECCIÓN					CÓDIGO DE CLASIFICACIÓN					CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN					CÓDIGO DE PLANILLA					CÓDIGO DE PERIODO					CÓDIGO DE AUTORIZACIÓN				
DIRECCIÓN					DIRECCIÓN					DIRECCIÓN					DIRECCIÓN					DIRECCIÓN					DIRECCIÓN				
TIPO DE APORTANTE					TIPO DE APORTANTE					TIPO DE APORTANTE					TIPO DE APORTANTE					TIPO DE APORTANTE					TIPO DE APORTANTE				
FORMA DE PRESENTACIÓN					FORMA DE PRESENTACIÓN					FORMA DE PRESENTACIÓN					FORMA DE PRESENTACIÓN					FORMA DE PRESENTACIÓN					FORMA DE PRESENTACIÓN				
APORTANTE AUTOLIQUIDADOR					APORTANTE AUTOLIQUIDADOR					APORTANTE AUTOLIQUIDADOR					APORTANTE AUTOLIQUIDADOR					APORTANTE AUTOLIQUIDADOR					APORTANTE AUTOLIQUIDADOR				

TOTAL APORTES A PENSION										TOTAL APORTES A SALUD														
ADMINISTRADORA					ADMINISTRADORA					ADMINISTRADORA					ADMINISTRADORA					ADMINISTRADORA				
NOMBRE					NOMBRE					NOMBRE					NOMBRE					NOMBRE				
NÚM. COTIZANTES					NÚM. COTIZANTES					NÚM. COTIZANTES					NÚM. COTIZANTES					NÚM. COTIZANTES				
COTIZACIÓN					COTIZACIÓN					COTIZACIÓN					COTIZACIÓN					COTIZACIÓN				
VALOR					VALOR					VALOR					VALOR					VALOR				
TOTAL					TOTAL					TOTAL					TOTAL					TOTAL				

TOTAL APORTES A SALUD										TOTAL APORTES A PENSION														
ADMINISTRADORA					ADMINISTRADORA					ADMINISTRADORA					ADMINISTRADORA					ADMINISTRADORA				
NOMBRE					NOMBRE					NOMBRE					NOMBRE					NOMBRE				
NÚM. COTIZANTES					NÚM. COTIZANTES					NÚM. COTIZANTES					NÚM. COTIZANTES					NÚM. COTIZANTES				
COTIZACIÓN					COTIZACIÓN					COTIZACIÓN					COTIZACIÓN					COTIZACIÓN				
VALOR					VALOR					VALOR					VALOR					VALOR				
TOTAL					TOTAL					TOTAL					TOTAL					TOTAL				

TOTAL APORTES A PENSION PROFESIONALES										TOTAL APORTES A SALUD														
ADMINISTRADORA					ADMINISTRADORA					ADMINISTRADORA					ADMINISTRADORA					ADMINISTRADORA				
NOMBRE					NOMBRE					NOMBRE					NOMBRE					NOMBRE				
NÚM. COTIZANTES					NÚM. COTIZANTES					NÚM. COTIZANTES					NÚM. COTIZANTES					NÚM. COTIZANTES				
COTIZACIÓN					COTIZACIÓN					COTIZACIÓN					COTIZACIÓN					COTIZACIÓN				
VALOR					VALOR					VALOR					VALOR					VALOR				
TOTAL					TOTAL					TOTAL					TOTAL					TOTAL				

DETALLE APORTES										DETALLE APORTES														
ADMINISTRADORA					ADMINISTRADORA					ADMINISTRADORA					ADMINISTRADORA					ADMINISTRADORA				
NOMBRE					NOMBRE					NOMBRE					NOMBRE					NOMBRE				
NÚM. COTIZANTES					NÚM. COTIZANTES					NÚM. COTIZANTES					NÚM. COTIZANTES					NÚM. COTIZANTES				
COTIZACIÓN					COTIZACIÓN					COTIZACIÓN					COTIZACIÓN					COTIZACIÓN				
VALOR					VALOR					VALOR					VALOR					VALOR				
TOTAL					TOTAL					TOTAL					TOTAL					TOTAL				

TOTAL \$ 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:	7815322128	TIPO DE PLANILLA: E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: octubre	PERIODO COTIZACIÓN: MES: noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2021	SALUD: AÑO: 2021
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/11/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1185038858

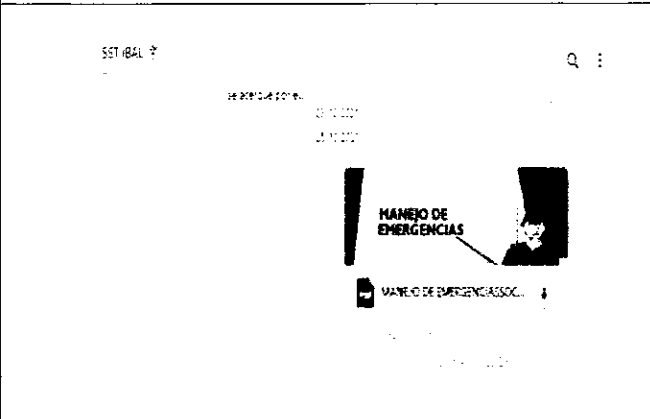
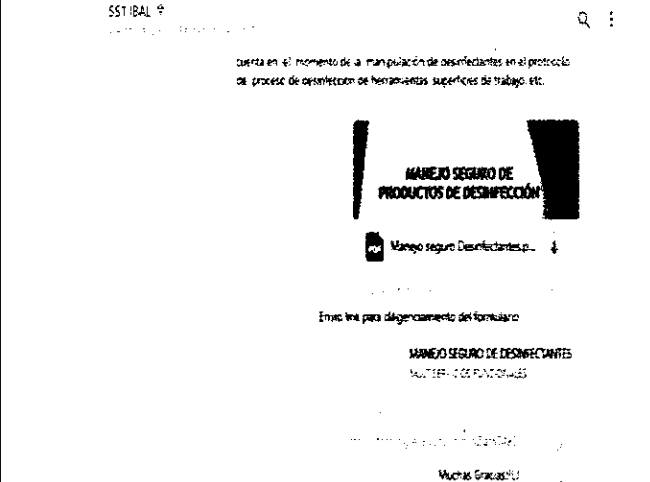

LIQUIDACIÓN GENERAL					
				TOTALES	
				COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
800229739	230201	230201- PROTECCION		3	\$ 436.200
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES		1	\$ 145.400
800227940	231001	231001-COLFDNDOS		1	\$ 145.400
800224808	230301	230301-PORVENIR		3	\$ 545.400
SUBTOTAL:				8	\$ 1.272.400
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		4	\$ 169.200
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR		1	\$ 40.000
SUBTOTAL:				8	\$ 318.400
CAJA DE COMPENSACIÓN					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
800211025	CCF48	CCF48-CONFATOLIMA		8	\$ 318.400
SUBTOTAL:				8	\$ 318.400
RIESGOS PROFESIONALES					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.		8	\$ 553.800
SUBTOTAL:				8	\$ 553.800

TOTAL PAGADO: \$ 2.463.000

ANEXO 2.

EVIDENCIA CAPACITACIONES/SENSIBILIZACIONES

- Capacitación Manejo de Emergencias
- Manejo Seguro de Productos de Desinfección para Covid 19.
- Pausas Activas Cognitivas (ejercicios mentales).

CAPACITACION	FECHA	MEDIO	EVIDENCIA
Capacitación Manejo De Emergencias	23/10/2021	Grupo whatapp-Virtual	 <p>Screenshot of a WhatsApp chat interface. The chat title is 'SST IBAL'. A document titled 'MANEJO DE EMERGENCIAS' is visible in the chat history. The document cover features a person in a hard hat and the text 'MANEJO DE EMERGENCIAS'.</p>
Capacitación Manejo Seguro de Productos de Desinfección	03/11/2021	Grupo Whastapp Virtual	 <p>Screenshot of a WhatsApp chat interface. The chat title is 'SST IBAL'. A document titled 'MANEJO SEGURO DE PRODUCTOS DE DESINFECCIÓN' is visible. The document cover features the text 'MANEJO SEGURO DE PRODUCTOS DE DESINFECCIÓN'. Below the document, there is a text message: 'Envie link para diligenciamiento del formulario' and another document titled 'MANEJO SEGURO DE DESINFECTANTES MULTIFUNCIONALES'.</p>
Direccionamiento o Pausa activa Cognitiva	06/11/2021	Video	 <p>Thumbnail of a video file named 'Ejercicios mentales Video 2021-11-06 at 08.50.56 (1).mp4'.</p>

			<p>SST IBAL</p> <p>¡A ejercitar tu mente!</p> <p>BUENOS DIAS EJERCICIOS PARA PRACTICAR Y REALIZAR UNA PEQUEÑA CARGA MENTAL.</p> <p>PARA EJERCITAR NUESTRA MENTE. REALIZAR UN BUEN EJERCICIO AL EJERCITAR NUESTRA MENTE Y CEREBRO SE PREVIENEN ENFERMEDADES COMO DEMENCIA (SINI) ALZHEIMER ESTRES, ETC.</p>
--	--	--	--

CAPACITACIÓN MANEJO DE EMERGENCIAS

MULTISERVICIOS FUNCIONALES

Correo *

liamvale2018@gmail.com

Nombres y Apellidos *

Sergio Castillo

Cedula de Ciudadania *

1110499851

Cargo *

Oficial electricista

Una emergencia es: TODA SITUACION QUE IMPLIQUE UN "ESTADO DE PERTURBACION" PARCIAL O TOTAL EN LA EMPRESA *

Verdadero

Falso

Cuales son los las clases de emergencias? *

Verdadero

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

CAPACITACIÓN MANEJO DE EMERGENCIAS

MULTISERVICIOS FUNCIONALES

Correo *

krlossan2487@gmail.com

Nombres y Apellidos *

Carlos Andrés Sánchez Martínez

Cedula de Ciudadania *

1110461925

Cargo *

Aux electricista

Una emergencia es: TODA SITUACION QUE IMPLIQUE UN "ESTADO DE PERTURBACION" PARCIAL O TOTAL EN LA EMPRESA *

Verdadero

Falso

Cuales son los las clases de emergencias? *

Naturales, tecnológicas y sociales

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

MANEJO SEGURO DE DESINFECTANTES

MULTISERVICIOS FUNCIONALES

Correo *

krlossan2487@gmail.com

NOMBRE Y APELLIDOS *

Carlos Andrés Sánchez Martínez

CEDULA DE CIUDADANIA *

1110461925

MENCIONE UNA MEDIDA DE SEGURIDAD AL MANIPULAR LOS PRODUCTOS DE DESINFECCIÓN *

Marcar los recipientes re envasados según su contenido

EL MEZCLAR LOS PRODUCTOS DE DESINFECCIÓN PUDE GENERAR DAÑOS A LA SALUD?
COMO QUE POR EJEMPLO *

Tos,falta de alimento,irritación en los ojos,daños en los pulmones,

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

MANEJO SEGURO DE DESINFECTANTES

MULTISERVICIOS FUNCIONALES

Correo *

liamvale2018@gmail.com

NOMBRE Y APELLIDOS *

Sergio Daniel Castillo Trujillo

CEDULA DE CIUDADANIA *

1110499851

MENCIONE UNA MEDIDA DE SEGURIDAD AL MANIPULAR LOS PRODUCTOS DE DESINFECCIÓN *

Uso de gafas de protección y guantes para manipular químicos uso de respirador o tapabocas

EL MEZCLAR LOS PRODUCTOS DE DESINFECCIÓN PUDE GENERAR DAÑOS A LA SALUD? COMO QUE POR EJEMPLO *

Dificultad para respirar, irritación de la vista

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

ANEXO 3

FORMATO ENTREGA EPP

ANEXO 4

SEGUIMIENTO A CONDICIONES DE SALUD ARL POSITIVA

860011153

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A

ID EPS	NOMBRE EPS
EPS037	NUEVA E.P.S S.A.
EPS037	NUEVA E.P.S S.A.
EPS005	E.P.S SANITAS
EPS037	NUEVA E.P.S S.A.
EPS005	E.P.S SANITAS
EPS037	NUEVA E.P.S S.A.
EPS037	NUEVA E.P.S S.A.
EPS037	NUEVA E.P.S S.A.
EPS002	SALUD TOTAL S.A.
EPS005	E.P.S SANITAS
EPS005	E.P.S SANITAS
EPS037	NUEVA E.P.S S.A.
EPS037	NUEVA E.P.S S.A.
EPS037	NUEVA E.P.S S.A.
EPS037	NUEVA E.P.S S.A.
EPS005	E.P.S SANITAS
EPS037	NUEVA E.P.S S.A.
EPS037	NUEVA E.P.S S.A.
EPS005	E.P.S SANITAS
EPS037	NUEVA E.P.S S.A.
EPS037	NUEVA E.P.S S.A.
EPS005	E.P.S SANITAS
EPS037	NUEVA E.P.S S.A.
EPS037	NUEVA E.P.S S.A.
EPS005	E.P.S SANITAS
EPS005	E.P.S SANITAS
EPS037	NUEVA E.P.S S.A.
EPS037	NUEVA E.P.S S.A.
EPS037	NUEVA E.P.S S.A.
EPS005	E.P.S SANITAS
EPS037	NUEVA E.P.S S.A.
EPS037	NUEVA E.P.S S.A.
EPS005	E.P.S SANITAS
EPS002	SALUD TOTAL S.A.
EPS037	NUEVA E.P.S S.A.
EPS037	NUEVA E.P.S S.A.
EPS037	NUEVA E.P.S S.A.
EPS002	SALUD TOTAL S.A.
EPS037	NUEVA E.P.S S.A.

EPS037

NUEVA E.P.S S.A.

NIT EMPRESA

65744442

65744442

65744442

65744442

65744442

65744442

65744442

65744442

65744442

65744442

65744442

65744442

65744442

65744442

65744442

65744442

65744442

65744442

65744442

65744442

65744442

65744442

65744442

65744442

65744442

65744442

65744442

65744442

65744442

65744442

65744442

65744442

65744442

65744442

65744442

65744442

65744442

65744442

65744442

65744442

65744442

65744442

SANDRA EDITH PUENTES DELGADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	ID DEPARTAMENTO EMPRESA
09/11/2021 07:18:38	73
08/11/2021 10:32:12	73
08/11/2021 07:14:16	73
08/11/2021 07:06:09	73
05/11/2021 13:44:50	73
05/11/2021 11:21:52	73
04/11/2021 09:12:37	73
03/11/2021 15:28:28	73
03/11/2021 15:01:20	73
03/11/2021 15:01:03	73
02/11/2021 08:58:15	73
02/11/2021 08:19:29	73
29/10/2021 09:26:54	73
29/10/2021 07:44:53	73
28/10/2021 15:11:48	73
28/10/2021 08:14:38	73
27/10/2021 07:36:51	73
26/10/2021 08:44:30	73
26/10/2021 07:50:58	73
26/10/2021 07:24:49	73
25/10/2021 15:56:48	73
25/10/2021 07:39:35	73
25/10/2021 07:31:16	73
23/10/2021 07:36:48	73
22/10/2021 07:41:29	73
22/10/2021 07:34:06	73
21/10/2021 07:30:51	73
21/10/2021 07:16:35	73
21/10/2021 07:14:36	73
20/10/2021 08:13:37	73
20/10/2021 07:24:27	73
19/10/2021 08:27:32	73
19/10/2021 07:22:09	73
19/10/2021 07:17:51	73
15/10/2021 08:13:59	73
15/10/2021 07:45:31	73
14/10/2021 07:29:54	73
13/10/2021 07:27:47	73
13/10/2021 07:25:07	73
12/10/2021 10:17:55	73
12/10/2021 08:14:33	73

11/10/2021 11:36:31

73

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

TOLIMA	001
--------	-----

NOMBRE MUNICIPIO EMPRESA	COD DANE EMPRESA
IBAGUE	73001
IBAGUE	73001
IBAGUE	73001
IBAGUE	73001
IBAGUE	73001
IBAGUE	73001
IBAGUE	73001
IBAGUE	73001
IBAGUE	73001
IBAGUE	73001
IBAGUE	73001
IBAGUE	73001
IBAGUE	73001
IBAGUE	73001
IBAGUE	73001
IBAGUE	73001
IBAGUE	73001
IBAGUE	73001
IBAGUE	73001
IBAGUE	73001
IBAGUE	73001
IBAGUE	73001
IBAGUE	73001
IBAGUE	73001
IBAGUE	73001
IBAGUE	73001
IBAGUE	73001
IBAGUE	73001
IBAGUE	73001
IBAGUE	73001
IBAGUE	73001
IBAGUE	73001
IBAGUE	73001
IBAGUE	73001
IBAGUE	73001
IBAGUE	73001
IBAGUE	73001
IBAGUE	73001

IBAGUE	73001
--------	-------

KR 6 SUR 20A 26 BR GALAN

5455901

OTROS TRABAJOS DE TERMINACION Y ACABADO

TD TRABAJADOR	ID TRABAJADOR
CC	1106791270
CC	1106785097
CC	1110461925
CC	1106791270
CC	1110461925
CC	1106791270
CC	1106791270
CC	1106791270
CC	1106791270
CC	1110499851
CC	1110461925
CC	1110461925
CC	1106791270
CC	1106791270
CC	1106785097
CC	1106791270
CC	1110461925
CC	1106791270
CC	1106785097
CC	1106785097
CC	1110461925
CC	1106791270
CC	1110461925
CC	1106785097
CC	1106791270
CC	1110461925
CC	1106785097
CC	1106791270
CC	1110461925
CC	1106785097
CC	1106791270
CC	1110461925
CC	1106785097
CC	1106791270
CC	1110461925
CC	1106785097
CC	1106791270
CC	1110499851
CC	1106791270
CC	1106791270
CC	1106785097
CC	1110499851
CC	1106785097

CC

1106791270

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
MENDEZ	CULMA
MENDEZ	PORTELA
SANCHEZ	MARTINEZ
MENDEZ	CULMA
SANCHEZ	MARTINEZ
MENDEZ	CULMA
MENDEZ	CULMA
MENDEZ	CULMA
CASTILLO	TRUJILLO
SANCHEZ	MARTINEZ
SANCHEZ	MARTINEZ
MENDEZ	CULMA
MENDEZ	CULMA
MENDEZ	PORTELA
MENDEZ	CULMA
SANCHEZ	MARTINEZ
MENDEZ	CULMA
MENDEZ	PORTELA
SANCHEZ	MARTINEZ
MENDEZ	CULMA
SANCHEZ	MARTINEZ
MENDEZ	PORTELA
MENDEZ	CULMA
SANCHEZ	MARTINEZ
SANCHEZ	MARTINEZ
MENDEZ	PORTELA
MENDEZ	PORTELA
MENDEZ	CULMA
SANCHEZ	MARTINEZ
MENDEZ	PORTELA
MENDEZ	CULMA
SANCHEZ	MARTINEZ
MENDEZ	PORTELA
MENDEZ	CULMA
SANCHEZ	MARTINEZ
CASTILLO	TRUJILLO
MENDEZ	CULMA
MENDEZ	CULMA
MENDEZ	PORTELA
CASTILLO	TRUJILLO
MENDEZ	PORTELA

MENDEZ

CULMA

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
SERGIO	ANDRES
LUIS	FERNANDO
CARLOS	ANDRES
SERGIO	ANDRES
CARLOS	ANDRES
SERGIO	ANDRES
SERGIO	ANDRES
SERGIO	ANDRES
SERGIO	DANIEL
CARLOS	ANDRES
CARLOS	ANDRES
SERGIO	ANDRES
SERGIO	ANDRES
LUIS	FERNANDO
SERGIO	ANDRES
CARLOS	ANDRES
SERGIO	ANDRES
LUIS	FERNANDO
CARLOS	ANDRES
SERGIO	ANDRES
CARLOS	ANDRES
LUIS	FERNANDO
SERGIO	ANDRES
CARLOS	ANDRES
CARLOS	ANDRES
LUIS	FERNANDO
LUIS	FERNANDO
SERGIO	ANDRES
CARLOS	ANDRES
LUIS	FERNANDO
SERGIO	ANDRES
CARLOS	ANDRES
LUIS	FERNANDO
SERGIO	ANDRES
CARLOS	ANDRES
SERGIO	DANIEL
SERGIO	ANDRES
SERGIO	ANDRES
LUIS	FERNANDO
SERGIO	DANIEL
LUIS	FERNANDO

SERGIO

ANDRES

SEXO TRABAJADOR	FECHA DE NACIMIENTO TRABAJADOR
Masculino	1999-12-13
MASCULINO	1994-11-23
MASCULINO	1987-07-24
Masculino	1999-12-13
MASCULINO	1987-07-24
MASCULINO	1999-12-13
MASCULINO	1999-12-13
MASCULINO	1999-12-13
MASCULINO	1990-06-29
MASCULINO	1987-07-24
MASCULINO	1987-07-24
Masculino	1999-12-13
MASCULINO	1999-12-13
MASCULINO	1994-11-23
MASCULINO	1999-12-13
MASCULINO	1987-07-24
MASCULINO	1999-12-13
MASCULINO	1994-11-23
MASCULINO	1987-07-24
MASCULINO	1987-07-24
MASCULINO	1994-11-23
MASCULINO	1987-07-24
MASCULINO	1987-07-24
MASCULINO	1994-11-23
MASCULINO	1994-11-23
MASCULINO	1999-12-13
MASCULINO	1987-07-24
MASCULINO	1994-11-23
Masculino	1999-12-13
MASCULINO	1987-07-24
MASCULINO	1994-11-23
Masculino	1999-12-13
MASCULINO	1987-07-24
MASCULINO	1990-06-29
MASCULINO	1999-12-13
MASCULINO	1999-12-13
MASCULINO	1994-11-23
MASCULINO	1990-06-29
MASCULINO	1994-11-23

Masculino	1999-12-13
-----------	------------

EDAD TRABAJADOR	CORREO TRABAJADOR
21	tredo9952@gmail.com
27	luchom49@gmail.com
34	Krlossan2487@gmail.com
21	tredo9952@gmail.com
34	Krlossan2487@gmail.com
21	tredo9952@gmail.com
21	tredo9952@gmail.com
21	tredo9952@gmail.com
31	serginho2790@hotmail.com
34	Krlossan2487@gmail.com
34	Krlossan2487@gmail.com
21	tredo9952@gmail.com
21	tredo9952@gmail.com
26	luchom49@gmail.com
21	tredo9952@gmail.com
34	Krlossan2487@gmail.com
21	tredo9952@gmail.com
26	luchom49@gmail.com
34	Krlossan2487@gmail.com
21	tredo9952@gmail.com
34	Krlossan2487@gmail.com
26	luchom49@gmail.com
21	tredo9952@gmail.com
34	Krlossan2487@gmail.com
34	Krlossan2487@gmail.com
26	luchom49@gmail.com
26	luchom49@gmail.com
21	tredo9952@gmail.com
34	Krlossan2487@gmail.com
26	luchom49@gmail.com
21	tredo9952@gmail.com
34	Krlossan2487@gmail.com
31	serginho2790@hotmail.com
21	tredo9952@gmail.com
21	tredo9952@gmail.com
26	luchom49@gmail.com
31	serginho2790@hotmail.com
26	luchom49@gmail.com

TELÉFONO TRABAJADOR	ID DEPARTAMENTO TRABAJADOR
3178188287	73
3234864124	73
3159285270	73
3178188287	73
3159285270	73
3178188287	73
3178188287	73
3178188287	73
3223503847	73
3159285270	73
3159285270	73
3178188287	73
3178188287	73
3234864124	73
3178188287	73
3159285270	73
3178188287	73
3234864124	73
3159285270	73
3178188287	73
3159285270	73
3234864124	73
3178188287	73
3159285270	73
3159285270	73
3234864124	73
3234864124	73
3178188287	73
3159285270	73
3234864124	73
3178188287	73
3159285270	73
3234864124	73
3178188287	73
3159285270	73
3223503847	73
3178188287	73
3178188287	73
3234864124	73
3223503847	73
3234864124	73

3178188287

73

TOLIMA	001
--------	-----

IBAGUE	73001
--------	-------

DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR

CL 8 12 14

CRA 4 6 26 B/DIVINO NIÑO

CRA 1 SUR NO. 5 -62

CL 8 12 14

CRA 1 SUR NO. 5 -62

CL 8 12 14

CL 8 12 14

CL 8 12 14

CALLE 23 #1-44

CRA 1 SUR NO. 5 -62

CRA 1 SUR NO. 5 -62

CL 8 12 14

CL 8 12 14

CRA 4 6 26 B/DIVINO NIÑO

CL 8 12 14

CRA 1 SUR NO. 5 -62

CL 8 12 14

CRA 4 6 26 B/DIVINO NIÑO

CRA 1 SUR NO. 5 -62

CL 8 12 14

CRA 1 SUR NO. 5 -62

CRA 4 6 26 B/DIVINO NIÑO

CL 8 12 14

CRA 1 SUR NO. 5 -62

CRA 1 SUR NO. 5 -62

CRA 4 6 26 B/DIVINO NIÑO

CRA 4 6 26 B/DIVINO NIÑO

CL 8 12 14

CRA 1 SUR NO. 5 -62

CRA 4 6 26 B/DIVINO NIÑO

CL 8 12 14

CRA 1 SUR NO. 5 -62

CRA 4 6 26 B/DIVINO NIÑO

CL 8 12 14

CRA 1 SUR NO. 5 -62

CALLE 23 #1-44

CL 8 12 14

CL 8 12 14

CRA 4 6 26 B/DIVINO NIÑO

CALLE 23 #1-44

CRA 4 6 26 B/DIVINO NIÑO

CL 8 12 14

¿Has tenido fiebre? (Mayor o igual a 38 °C)	¿Te has tomado la temperatura con un termómetro?
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	SI
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	SI
NO	NO
NO	NO
NO	SI
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	SI
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
No Aplica	Sin tos seca
No Aplica	Sin tos seca
No Aplica	Sin tos seca
No Aplica	Sin tos seca
No Aplica	Sin tos seca
No Aplica	Sin tos seca
No Aplica	Sin tos seca
No Aplica	Sin tos seca
No Aplica	Sin tos seca
No Aplica	Sin tos seca
No Aplica	Sin tos seca
No Aplica	Sin tos seca
No Aplica	Sin tos seca
No Aplica	Poca tos
No Aplica	Sin tos seca
No Aplica	Sin tos seca
No Aplica	Sin tos seca
No Aplica	Sin tos seca
No Aplica	Tos Persistente
No Aplica	Sin tos seca
No Aplica	Sin tos seca
No Aplica	Sin tos seca
36.8	Poca tos
No Aplica	Sin tos seca
No Aplica	Sin tos seca
No Aplica	Sin tos seca
No Aplica	Poca tos
36.9	Poca tos
No Aplica	Sin tos seca
No Aplica	Sin tos seca
36.8	Tos Persistente
No Aplica	Sin tos seca
No Aplica	Sin tos seca
36.6	Tos Persistente
No Aplica	Sin tos seca
No Aplica	Sin tos seca
No Aplica	Sin tos seca
No Aplica	Sin tos seca
No Aplica	Sin tos seca
37.5	Poca tos
No Aplica	Poca tos
37.5	Sin tos seca

No Aplica	Sin tos seca
-----------	--------------

NO	NO
----	----

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

Sin dolor

Sin dolor

¿Sientes que respiras normal?	¿Sientes alguna molestia en el pecho? (“opresión o ardor”)
SI	Ninguna Molestia
SI	Ninguna Molestia
SI	Ninguna Molestia
SI	Ninguna Molestia
SI	Ninguna Molestia
SI	Ninguna Molestia
SI	Ninguna Molestia
SI	Ninguna Molestia
SI	Ninguna Molestia
SI	Ninguna Molestia
SI	Ninguna Molestia
SI	Ninguna Molestia
SI	Ninguna Molestia
SI	Ninguna Molestia
SI	Ninguna Molestia
SI	Ninguna Molestia
SI	Ninguna Molestia
SI	Ninguna Molestia
SI	Ninguna Molestia
SI	Ninguna Molestia
SI	Ninguna Molestia
SI	Ninguna Molestia
SI	Ninguna Molestia
SI	Ninguna Molestia
SI	Ninguna Molestia
SI	Ninguna Molestia
SI	Ninguna Molestia
SI	Ninguna Molestia
SI	Ninguna Molestia
SI	Ninguna Molestia
SI	Ninguna Molestia
SI	Ninguna Molestia
SI	Ninguna Molestia
SI	Ninguna Molestia
SI	Ninguna Molestia
SI	Ninguna Molestia
SI	Ninguna Molestia
NO	Poca Molestia
SI	Ninguna Molestia
SI	Ninguna Molestia
SI	Ninguna Molestia
SI	Ninguna Molestia
SI	Ninguna Molestia
SI	Ninguna Molestia
NO	Poca Molestia
SI	Ninguna Molestia
NO	Poca Molestia

SI	Ninguna Molestia
----	------------------

¿Has tenido la nariz tapada o fluido nasal?	¿Has tenido dolor de garganta?
NO	Sin dolor
SI	Sin dolor
NO	Sin dolor
NO	Sin dolor
NO	Sin dolor
NO	Sin dolor
NO	Sin dolor
NO	Sin dolor
NO	Sin dolor
NO	Sin dolor
NO	Sin dolor
NO	Sin dolor
NO	Sin dolor
NO	Sin dolor
NO	Sin dolor
NO	Sin dolor
NO	Sin dolor
NO	Poco dolor
NO	Sin dolor
NO	Sin dolor
NO	Sin dolor
NO	Poco dolor
NO	Poco dolor
NO	Sin dolor
NO	Sin dolor
SI	Poco dolor
NO	Sin dolor
NO	Sin dolor
NO	Sin dolor
SI	Poco dolor
SI	Poco dolor
NO	Sin dolor
NO	Sin dolor
SI	Poco dolor
NO	Sin dolor
NO	Sin dolor
SI	Poco dolor
NO	Sin dolor
NO	Sin dolor
SI	Poco dolor
NO	Sin dolor
NO	Sin dolor
SI	Poco dolor
NO	Sin dolor
NO	Sin dolor
SI	Poco dolor
SI	Poco dolor
SI	Poco dolor

NO	Sin dolor
----	-----------

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

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
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO
NO	NO

NO

NO

LATITUD	LONGITUD
3.7270292	-75.4896335
3.7275059	-75.4843421
4.4518663	-75.2498557
3.7272884	-75.4843488
4.445772	-75.247222
3.7275492	-75.484306
3.7327888	-75.4927164
3.7327888	-75.4927164
4.4518003	-75.2497799
4.4381429	-75.2015055
3.7284652	-75.4834449
3.7327888	-75.4927164
3.7327888	-75.4927164
3.7275584	-75.4843097
4.451601	-75.2494343
3.7275275	-75.4843447
3.7275041	-75.4843371
4.4514509	-75.2495653
3.7290812	-75.4834449
4.451795	-75.2497432
3.7275159	-75.4843546
3.7275159	-75.4843546
4.4518054	-75.2477237
4.4516887	-75.2491468
3.7275674	-75.4842751
3.7275685	-75.4842727
3.7275422	-75.4842808
4.4519413	-75.2494038
3.7275422	-75.4842808
3.7266723	-75.4867212
4.4519481	-75.2494084
3.7327888	-75.4927164
3.7284897	-75.484901
4.4521175	-75.2477237
3.7275341	-75.4843356
3.727523	-75.4843388
3.7275639	-75.4842727
3.7275529	-75.4842854

3.7275512	-75.4843002
-----------	-------------

APP

ANEXO 5

CERTIFICADO ACCIDENTALIDAD ARL POSITIVA

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: 15-10-21 Hora inicial: 2:00 P.M. Hora final: 3:00 P.M.
 Actividad a realizar: Revisión Aire Acondicionado
 Lugar de la actividad: Laboratorio Calidad
 Frente de obra: _____ Mina: _____ Planta calle tercera: _____

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDO

Casco Gafas Respirador Mangas Arnés Polainas
 Tapaídos Careta Guantes Peto Autocontenido Botas

Otros: _____

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

LISTA DE VERIFICACIÓN

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

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

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		
Materiales inflamables o explosivos alejados del área	X		
Sistema de detención de caída de objetos (Redes)	X		

ANEXOS

Fotos
 Mediciones ambientales
 Certificados de mantenimiento
 Otros: _____

FIRMAS

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

AUTORIZACIÓN DEL TRABAJO

RESPONSABLES	NOMBRE Y APELLIDOS	No. CEDULA	FIRMA	FECHA	HORA
Encargado de la actividad	Sergio Daniel Castillo	1110499851		15-10-21	2:00 P.M.
Inspector SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas	Sergio Daniel Castillo	1110499851		15-10-21	2:00 P.M.

CIERRE DEL PERMISO

RESPONSABLES	NOMBRE Y APELLIDOS	No. CEDULA	FIRMA	FECHA	HORA
Encargado de la actividad	Sergio Daniel Castillo	1110499851		15-10-21	3:00 P.M.
Inspector SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas	Sergio Daniel Castillo	1110499851		15-10-21	3:00 P.M.


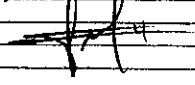
OBSERVACIONES:

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	1110499751	Oficial	
2				
3				
4	Carlos Andres 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				

Nombre del Proyecto:
Trabajos en Alturas

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

Fecha: 09/25/2021

ÁREA DE TRABAJO: Laboratorio Calidad
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD O TAREA QUE REQUIERE EL TRABAJO EN ALTURA: Revisio Aire Acondicionado

Nombre y apellidos del funcionario: Sergio Daniel Castiño
C.C.: 770999881

FECHA: 15-10-21
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

CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN	SI		NO		N/A		Otro		Observaciones
		SI	NO	SI	NO	SI	NO			
CAPACITACION (CONTAR CON LA CERTIFICACION)	Canee la tarea a realizar?	X								
	Recibo capacitación en el procedimiento y asignación de tareas en altura?	X								
	El trabajador es el trabajador ideal para realizar la tarea?	X								
	Caso con trabajos?	X								
CUESTA CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	Batas de seguridad?	X								
	Proteccion visual?	X								
	Guantes?	X								
	Ropa de trabajo adecuada a las factoes de riesgo?	X								
CUESTA CON EQUIPOS DE SEGURIDAD	Equipos de rescate* (cuerdas, escaleras etc...)?	X								
	Bastidor de primeros auxilios?	X								
	Sanitizacion y desinfeccion de area de trabajo?	X								
	Andamios?	X								
CUESTA CON SISTEMAS DE ACCESO	Plataformas?	X								
	Escaleras?	X								
	Barandas?	X								
	Otros?	X								
EQUIPOS DE PROTECCION CONTRA CALIDAS	Armas de cuerpo completo?	X								
	Puntos de anclaje?	X								
	Mecanismos de anclaje?	X								
	Eslingas?	X								
EQUIPOS DE PROTECCION CONTRA CALIDAS	Lineas de vida?	X								
	Conectores?	X								
	Otros?	X								

ELABORÓ: Sergio Castiño
REVISÓ: Sergio Castiño
APROBÓ: Sergio Castiño
NOMBRE: Sergio Castiño
CARGO: En cargo de obra
NOMBRE: David
CARGO: Electricista
NOMBRE: Sergio Castiño
CARGO: Coordinador de 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: 19-10-21 Hora inicial: 4:00 P.M. Hora final: 5:00 P.M.

Actividad a realizar: Cambio de reflectores

Lugar de la actividad: Parquadero Planta 1

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

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDO

Casco Gafas Respirador Mangas Arnés Polainas

Tapaoidos Careta Guantes Peto Autocontenido Botes

Otros: _____

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

LISTA DE VERIFICACIÓN

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

ANEXOS

Fotos Mediciones ambientales Certificados de mantenimiento Otros: _____

FIRMAS

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

AUTORIZACIÓN DEL TRABAJO

RESPONSABLES	NOMBRE Y APELLIDOS	No. CEDULA	FIRMA	FECHA	HORA
Encargado de la actividad	Sergio Castillo	1110499851		4:00 P.M.	19-10-21
Inspector SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas	Sergio Castillo	1110499851		4:00 P.M.	19-10-21

CIERRE DEL PERMISO

RESPONSABLES	NOMBRE Y APELLIDOS	No. CEDULA	FIRMA	FECHA	HORA
Encargado de la actividad	Sergio Castillo	1110499851		5:00 P.M.	19-10-21
Inspector SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas	Sergio Castillo	1110499851		5:00 P.M.	19-10-21

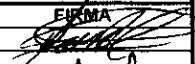
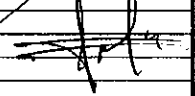
OBSERVACIONES:

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	1110409851	Operador	
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: 25-10-21 Hora inicial: 10:00 am Hora final: 12:00 pm
 Actividad a realizar: Cambio de reflectores
 Lugar de la actividad: Tanque Piedrapintada
 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

Extintor Camilla Botiquín
 Otros: _____

SISTEMA DE ACCESO/SALIDA REQUERIDO

Escaleras Andamio Canastilla Elevador Línea de vida
 Otros: _____

LISTA DE VERIFICACIÓN

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

ÁREA Y ELEMENTOS DE TRABAJO			
LISTA DE VERIFICACIÓN	SI	NO	N/A
ART con este permiso de trabajo	<input checked="" type="checkbox"/>		
Área de trabajo delimitada	<input checked="" type="checkbox"/>		
Área de trabajo señalizada	<input checked="" type="checkbox"/>		
Piso y/o paredes en buenas condiciones	<input checked="" type="checkbox"/>		
Puntos de anclaje seguros	<input checked="" type="checkbox"/>		
Condiciones ambientales que permiten el trabajo seguro	<input checked="" type="checkbox"/>		
Equipos y/o herramientas revisadas y en buen estado	<input checked="" type="checkbox"/>		
Equipo de emergencias en buen estado	<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 e explosivo alejado del área	<input checked="" type="checkbox"/>		
Sistema de detención de caída de objetos (Redes)	<input checked="" type="checkbox"/>		

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	Sergio Castillo	1110499851		25-10-21	10:00 am
Inspector SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas	Sergio Castillo	1110499851		25-10-21	10:00 am

CIERRE DEL PERMISO

RESPONSABLES	NOMBRE Y APELLIDOS	No. CÉDULA	FIRMA	FECHA	HORA
Encargado de la actividad	Sergio Castillo	1110499851		25-10-21	12:00 pm
Inspector SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas	Sergio Castillo	1110499851		25-10-21	12:00 pm


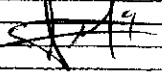
OBSERVACIONES:

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

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

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	110909851	Oficial	
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				

FECHA: 28-10-21
 FECHA: 28-10-21
 AREA DE TRABAJO: Torre Aedrapintada
 DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD O TAREA QUE REQUIERE EL TRABAJO EN ALTURA: Cambio de Reflectores
 Nombre y apellidos del funcionario: Sergio Castillo
 C.C.: 110494851
 Cargo: Oficial

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

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD O TAREA QUE REQUIERE EL TRABAJO EN ALTURA	Observaciones											
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
CAPACITACIÓN (CONTAR CON LA CERTIFICACIÓN)	X											
Conoce la tarea a realizar?	X											
Recibió capacitación en el procedimiento y estándares de trabajo en altura?	X											
El número de horas del trabajador es idoneo para realizarlo?	X											
Cuenta con barbiquero?	X											
Botas de seguridad?	X											
Protección visual?	X											
Gauchos?	X											
Ropa de trabajo adecuada a las condiciones de trabajo?	X											
Equipos de resaca (cuerdas, escaleras etc.)	X											
Botiquín de primeros auxilios?	X											
Señalización y demarca lón de área de trabajo?	X											
Andamios?												
Plataformas?												
Escaleras?	X											
Barridos?												
Chapas?												
Ámbito de cuerpo completo?	X											
Puntos de anclaje?	X											
Mecanismos de escape?	X											
Elingas?	X											
Línea de vida?	X											
Conectores?	X											
Direct?												

ELABORÓ: Sergio Castillo
 REVISÓ: Sergio Castillo
 APROBÓ: Sergio Castillo
 NOMBRE: Sergio Castillo
 CARGO: Encargado de Obra
 NOMBRE: Sergio Castillo
 CARGO: Coordinador de obras



INFORME DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

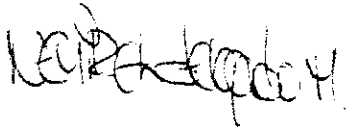

MULTISERVICIOS FUNCIONALES

NIT. 65744441-1

IBAGUE – TOLIMA

NOVIEMBRE 10 2021

TABLA DE REVISIONES

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

OBJETIVO

Reportar a la Empresa 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 **Octubre 10 al 10 de Noviembre del 2021**.

LEGISLACIÓN

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

1. RELACIÓN DE PERSONAL

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

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

2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

2.1 ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN/SENSIBILIZACIÓN

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

- Capacitación Manejo de Emergencias.
- Capacitación Manejo seguro de productos de desinfección. **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 **Octubre 10 a Noviembre 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 OCTUBRE			
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 NOVIEMBRE			
FORMULA	No DE ACCIDENTES	No DE TRABAJADORES MES	RESULTADO
Número de accidentes que se presentaron en el mes/ No de trabajadores en el mes * 100	0	2	0%

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

* Para el análisis de indicadores se relaciona la información fecha de corte **Noviembre 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**



FICHA TECNICA DE EVALUACION Y REEVALUACION DE PROVEEDORES

CÓDIGO: GJ-R-056

FECHA VIGENCIA:

15/07/2021

VERSIÓN: 01

Página 1 de 4

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

Evaluación: Fecha evaluación Noviembre 12 de 2021 Reevaluación: Fecha reevaluación: _____
 Acta Parcial N° 05 Acta Final _____

INFORMACION DEL CONTRATO

NUMERO Y FECHA: 080 DEL 02 DE JUNIO DE 2021
 NOMBRE DEL PROVEEDOR O CONTRATISTA: SANDRA EDITH PUNTES 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 PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTION	
	2. SUMINISTRO Y ADQUISICION	
	3. ARRENDAMIENTO	
	4. CONSULTORIA E INTERVENTORIA	
	5. SERVICIO	X
	6. SEGUROS	
	7. INTERMEDIARIO DE SEGUROS	
	8. OBRA PUBLICA	

ASPECTOS A EVALUAR DEL CONTRATISTA

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

5. SERVICIOS

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

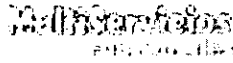
ANALISIS DEL RESULTADO DE LA EVALUACION X REEVALUACION _____ POR PARTE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR (Cuando un contrato cuente con interventor y supervisor, este criterio debe ser diligenciado por los dos, en sus respectivas calidades): se realizó Evaluación al contratista evidenciando que el contratista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

11/11/21 11:16

FV-2-80



SANDRA EDITH PUENTES DELGADO
 NIT 65.744.442-1
 carrera 6 sur 20A 26 Barrio Galan
 Tel: (57) 3177979630
 Ibagué - Colombia
 multiseviciosfuncionales1@hotmail.com



Factura electrónica de venta
 No. FESF-80

Fecha y hora Factura

Señores	IBAL S.A. ESP OFICIAL	Generación	10/11/2021 11:05
NIT	800.089.809-6	Teléfono	(038) 2756000 - Ext. 138
Dirección	CRA 3 # 1-04 BARRIO LA POLA	Expedición	10/11/2021 11:05
		Vencimiento	10/11/2021
		Ciudad	Ibagué - Colombia

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	CONTRATAR EL SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LAS REDES DE TELEFONIA, AIRES ACONDICIONADOS, REDES ELÉCTRICAS (INCLUYE ALARMAS), PLANTAS ELÉCTRICAS Y DE TODAS LAS INSTALACIONES ELÉCTRICAS DE PROPIEDAD DEL IBAL S.A. E.S.P OFICIAL DE PERIODO COMPRENIDO ENTRE EL 11 DE OCTUBRE DE 2021 AL 10 DE NOVIEMBRE DE 2021	1.00	11.875.000,00

Total ítems: 1	Total Bruto	9.978.991,60
Valor en Letras: Once millones ochocientos setenta y cinco mil pesos m/cte	IVA 19%	1.896.008,40
Condiciones de Pago: Consignación	Total a Pagar	11.875.000,00
	\$ 11.875.000,00	

Observaciones:

Elaborado por: Xilenev Saiz Nides y creado electrónicamente por el proveedor tecnológico Saiz, S.A. S.J.R. 810.048.145.2



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 G2100
 CUIFE: 0c410b9df1eaa3e58b53a2e08c9f2b6d83a49208c295156a9e394d438c51380Ebe102405c94196883ad8105d390c8c5