

UNION TEMPORAL PLANTAS DE TRATAMIENTO 001532800-1	Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo	
	FORMATO:	SST-UTPT-FO-023
	Estándar E 4.2.3	
PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS		Fecha de Actualización: 20 de agosto 2023 versión: 003

TÍTULO:	VALIDAMIENTO DE LA PLANTA TTD ALA PLANTA 402	
ACTIVIDAD:	INSTALACION DE PERIFERIA Y VERTEDORES LATERALES	FORMATO DE PERMISO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
TIPO DE TRABAJO:	INSTALACION DE PERIFERIA Y VERTEDORES	ALTURA APROXIMADA A LA CUAL SE VA REALIZAR LA ACTIVIDAD MTS: 5 MTS.
EMPRESA QUE REALIZA LA ACTIVIDAD:	UNION TEMPORAL PLANTS DE TRATAMIENTO	Marque con X si cumple, no cumple o no aplica y siga las instrucciones sugeridas en la condición.

Descripción y procedimiento de la tarea:
INSTALACION DE PERIFERIA, INSTALACION DE VERTEDORES LATERALES
 Herramientas a utilizar:
TRONCADERA, TOLERO AUTOMATICO.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN CONTRA CAIDAS							
Sistema de acceso a utilizar:	Andamio <input type="checkbox"/>	Escalera <input checked="" type="checkbox"/>	Elevador de personal o grúa con canasta <input type="checkbox"/>	Se involucran otras TAA: sí/no <input type="checkbox"/>	Espacios confinados: sí/no <input type="checkbox"/>	Trabajos en caliente: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	Energías peligrosas: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
Otro ¿Cuáles?:							

Procedimiento para desarrollar el trabajo: **INSTALACION DE PERIFERIA Y DE VERTEDORES LATERALES, PTA RESOLUCION 4172**

Elementos de protección personal y sistemas de protección contra caídas:							
Línea de vida vertical <input checked="" type="checkbox"/>	Enlaga posicionamiento <input type="checkbox"/>	Durales <input checked="" type="checkbox"/>	Arnés de cuerpo entero <input type="checkbox"/>	Punto anclaje <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Línea de vida horizontal <input type="checkbox"/>	Enlaga con absorbedor de impacto <input checked="" type="checkbox"/>	Casco con barbujado <input checked="" type="checkbox"/>	Definición del área <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros elementos de protección personal o sistemas de protección contra caídas ¿Cuáles?:

FECHA Y HORA DE INICIO Y DE TERMINACION DE LA TAREA	SI: ACEPTACION														
	NO: NEGACION														
Hora de finalización	NA: NO APLICA														
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO								
1. Conoce la forma correcta de usar los elementos de protección personal.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Si la respuesta es NO, no iniciar el trabajo hasta que reciba el entrenamiento adecuado.
2. Está en condiciones óptimas de salud y sin restricciones médicas para realizar el trabajo.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Si la respuesta es NO, solo permitir la realización a quienes no presenten restricciones como: tación alta, vértigos, claustrofobia o convulsiones.
3. El trabajo está autorizado por las autoridades (Ingeniero Residente y/o Supervisor).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Si la respuesta es NO, no iniciar el trabajo
4. Para trabajos en altura todos los trabajadores cuentan con el arnés de cuerpo completo, con eslinga.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Si la respuesta es NO, Solo incluir en el permiso de trabajo a quienes cumplan.
5. Las mallas, cuerdas de la eslinga y conexiones están en buenas condiciones de operación.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Si la respuesta es NO, no iniciar el trabajo hasta que se realicen los ajustes necesarios.
6. Se cuenta con puntos de anclaje que permitan fijar las líneas de vida.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Si la respuesta es NO, no iniciar el trabajo hasta que se realice su ubicación y/o instalación.
7. Se tienen las cuerdas en buena estado para verificar las líneas de vida.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Si la respuesta es NO, Solicitar la consecución de las cuerdas para iniciar labores.
8. El área de trabajo está demarcada por cinta de seguridad, (se lo informa a todo el personal de trabajadores sobre el trabajo a realizar).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Si la respuesta es NO, no iniciar el trabajo hasta que se implementen las medidas requeridas.
9. Se ha informado al personal de trabajadores los sitios por los cuales pueden presentar de forma segura.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Si la respuesta es NO, no iniciar hasta implementar las medidas requeridas.
10. Verificación de la afiliación vigente a la seguridad social.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Si la respuesta es NO, Entregar documentación de afiliación o planilla de pago antes de iniciar el trabajo.
11. Se cuenta con unidad sanitaria a una distancia no mayor a 300 metros.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Si la respuesta es NO, Ubicar unidad sanitaria lo mas cerca posible, máximo 2 horas después de iniciar la actividad.
12. Se cuenta con un kit de emergencia a una distancia no mayor a 300 metros.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Si la respuesta es NO, Ubicar un kit de emergencias a una distancia no mayor de 300 mts.
13. Indaga si algún trabajador de los que se disponen a iniciar el trabajo ha consumido bebidas embriagantes, alucinógenas o medicamentos que causen sueño.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Si la respuesta es SI, No lo incluir en el permiso de trabajo, por consumo de alucinógenos o bebidas embriagantes remitido con el jefe de personal.

UNION TEMPORAL
PLANTAS DE
TRATAMIENTO
SOTRABPOU-1

Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo
FORMATO: SST-UTPT-FO-023

Estándar E 4.2.3

PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

Fecha de Actualización: 10/05/2023
Revisión: 01

OBRA	MANTENIMIENTO DE ANP #02	FORMATO DE PERMISO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
ACTIVIDAD	INSTALACION DE ANCHES TRATAM. DE DINGHIES #02	ALTIMA APROXIMADA A LA CUAL SE VA REALIZAR LA ACTIVIDAD: MTS
TIPO DE TRABAJO	INSTALACION DE ANCHES TRATAM. DE DINGHIES	5MIS
EMPRESA QUE REALIZA LA ACTIVIDAD	UNION TEMPORAL PLANTAS DE TRATAMIENTO	Marque con X si cumple, no cumple o no aplica y siga las instrucciones sugeridas en la consigna.

Descripción y procedimiento de la tarea
INSTALACION DE ANCHES A TRATAM. DE DINGHIES #02

Herramientas a utilizar

MEDIDAS DE PREVENCIÓN CONTRA CAIDAS

Sistema de acceso a utilizar	Andamio <input type="checkbox"/>	Escalera <input checked="" type="checkbox"/>	Elevador de personal o grúa con canasta <input type="checkbox"/>	En involucran otras TAFE: sí/no <input type="checkbox"/>	Espacios confinados: sí/no <input type="checkbox"/>	Trabajos en caliente: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	Energías peligrosas: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
------------------------------	----------------------------------	--	--	--	---	--	---

Otro ¿Cuáles?

Procedimiento para desarrollar el trabajo

Elementos de protección personal y sistemas de protección contra caídas:

Línea de vida vertical <input checked="" type="checkbox"/>	Eslinga posicionamiento <input type="checkbox"/>	Guantes <input checked="" type="checkbox"/>	Arnés de cuerpo entero <input checked="" type="checkbox"/>	Punto anclaje <input type="checkbox"/>
Línea de vida horizontal <input checked="" type="checkbox"/>	Eslinga con absorbedor de impacto <input checked="" type="checkbox"/>	Casco con barbuquejo <input checked="" type="checkbox"/>	Señalización del área <input type="checkbox"/>	Gafas <input type="checkbox"/>

Otros elementos de protección personal o sistemas de protección contra caídas ¿Cuáles?

FECHA Y HORA DE INICIO Y DE TERMINACION DE LA TAREA	MANTENIMIENTO DE ANP #02														SI: ACEPTACION		
	7:00 AM - 5:00 PM														NO: NEGACION		
Hora de inicio															N/A: NO APLICA		
Hora de finalización																	
	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO				
ITEMS A INSPECCIONAR	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	CONDICIÓN	
1. Conoce la forma correcta de usar los elementos de protección personal.																	Si la respuesta es NO, no iniciar el trabajo hasta que reciba el entrenamiento adecuado.
2. Esta en condiciones óptimas de salud y sin restricciones médicas para realizar el trabajo. El trabajo está coordinado entre los ejecutantes (Ingeniero Residente y Contratistas).																	Si la respuesta es NO, Solo permitir la realización a quienes no presenten restricciones como: tensión alta, vértigos, claustrofobia o convulsiones. Si la respuesta es NO, no iniciar el trabajo
4. Para trabajos en altura todos los trabajadores cuentan con el arnés de cuerpo completo, con eslinga.																	Si la respuesta es NO, Solo incluir en el permiso de trabajo a quienes cumplan
5. Las resas, cuerda de la eslinga y mosquetones están en buenas condiciones de operación.																	Si la respuesta es NO, no iniciar el trabajo hasta que se realicen los ajustes necesarios.
6. Se cuenta con puntos de anclaje que permitan fijar las líneas de vida.																	Si la respuesta es NO, no iniciar el trabajo hasta que se realice su ubicación y/o instalación
7. Se tiene las cuerdas en buen estado para instalar las líneas de vida.																	Si la respuesta es NO, Solicitar la consecución de las cuerdas para iniciar labores.
8. El área de trabajo está demarcado por cinta de seguridad (se le informó a todo el personal de trabajadores sobre el trabajo a realizar).																	Si la respuesta es NO, no iniciar el trabajo hasta que se implementen las medidas requeridas
9. Se ha informado al personal de trabajadores los sitios por los cuales pueden transitar de forma segura.																	Si la respuesta es NO, no iniciar hasta implementar las medidas requeridas
10. Verificación de la afiliación vigente a la seguridad social.																	Si la respuesta es NO, Entregar documentación de afiliación o planilla de pago antes de iniciar el trabajo
11. Se cuenta con unidad sanitaria a una distancia no mayor a 300 metros.																	Si la respuesta es NO, Ubicar unidad sanitaria lo más cerca posible, máximo 2 horas después de iniciar la actividad
12. Se cuenta con un kit de emergencia a una distancia no mayor a 300 metros.																	Si la respuesta es NO, Ubicar un kit de emergencias a una distancia no mayor de 300 mts.
13. Indaga al algún trabajador de los que se disponen a iniciar el trabajo ha consumido bebidas embriagantes, alucinógenas o medicamentos que causen sueño.																	Si la respuesta es SI, No lo incluir en el permiso de trabajo, por consumo de alucinógenos o bebidas embriagantes remitilo con el jefe de personal.
14. Verifique que en el área intervenir no haya presencia de personal ajeno a la obra sin autorización.																	Si la respuesta es SI, Informar del trabajo a realizar para que se retiren antes de iniciar trabajos, sin colocar en riesgo su seguridad personal

UNION TEMPORAL PLANTAS DE TRATAMIENTO 901532890-1	Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo	
	FORMATO:	SST-UTPT-FO-023
	Estándar E 4.2.3	
PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS		Fecha de Actualización: 29 de agosto 2023 versión: 003

OBRA:	MANTENIMIENTO DE DIAP #02	FORMATO DE PERMISO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
ACTIVIDAD	INSTALACION DE PANELES TORRE SEDIMENTADORA #02	ALTURA APROXIMADA A LA CUAL SE VA REALIZAR LA ACTIVIDAD: MTS:
TIPO DE TRABAJO	INSTALACION DE PANELES TORRE SEDIMENTADORA	SMS
EMPRESA QUE REALIZA LA ACTIVIDAD	UNION TEMPORAL PLANTAS DE TRATAMIENTO	Marque con X si cumple, no cumple o no aplica y siga las instrucciones sugeridas en la condición.

Descripcion y procedimiento de la tarea:
INSTALACION DE PANELES A TORRE SEDIMENTADORA #02

Herramientas a utilizar:

MEDIDAS DE PREVENCIÓN CONTRA CAIDAS

Sistema de acceso a utilizar:	Andamio	Escalera	Elevador de personal o grúa con canasta	Se involucran otras TAR, sí/no	Espacios confinados sí/no	Trabajos en caliente	Energías peligrosas
						Si <input checked="" type="checkbox"/>	Si <input checked="" type="checkbox"/>

Otro (¿Cuáles?):

Procedimiento para desarrollar el trabajo:

Elementos de protección personal y sistemas de protección contra caídas:

Linea de vida vertical <input checked="" type="checkbox"/>	Eslinga posicionamiento <input type="checkbox"/>	Guañetes <input checked="" type="checkbox"/>	Arnes de cuerpo entero <input checked="" type="checkbox"/>	Punto anclaje <input checked="" type="checkbox"/>
Linea de vida horizontal <input checked="" type="checkbox"/>	Eslinga con absorbedor de impacto <input checked="" type="checkbox"/>	Casco con barbuquejo <input checked="" type="checkbox"/>	Señalización del área <input type="checkbox"/>	Cable <input type="checkbox"/>

Otros elementos de protección personal o sistemas de protección contra caídas (¿Cuáles?):

FECHA Y HORA DE INICIO Y DE TERMINACION DE LA TAREA	SISTEMA DE ACEPTACION													
Hora de inicio	NO: NEGACION													
Hora de finalización	NA: NO APLICA													
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO							

ITEMS A INSPECCIONAR	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO		CONDICIÓN
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1. Conoce la forma correcta de usar los elementos de protección personal.			/		/		/								Si la respuesta es NO, no iniciar el trabajo hasta que reciba el entrenamiento adecuado
2. Esta en condiciones optimas de salud y sin restricciones medicas para realizar el trabajo. El trabajo esta coordinado entre los ejecutantes (Ingeniero Residente y Contratista).			/		/		/								Si la respuesta es NO, Solo permitir la realizacion a quienes no presenten restricciones como: tension alta, verigos, claustrofobia o convulsiones.
4. Para trabajos en altura todos los trabajadores cuentan con el arnés de cuerpo completo, con eslinga.			/		/		/								Si la respuesta es NO, Solo incluir en el permiso de trabajo a quienes cumplan.
5. Las reatas, cuerda de la eslinga y mosquetones están en buenas condiciones de operación.			/		/		/								Si la respuesta es NO, no iniciar el trabajo hasta que se realicen los ajustes necesarios
6. Se cuenta con puntos de anclaje que permitan fijar las líneas de vida.			/		/		/								Si la respuesta es NO, no iniciar el trabajo hasta que se realice su ubicacion y/o instalacion.
7. Se tiene las cuerdas en buen estado para instalar las líneas de vida.			/		/		/								Si la respuesta es NO, Solicitar la consecucion de las cuerdas para iniciar labores.
8. En el área de trabajo está un marco por cima de seguridad, (se le informo a todo el personal de trabajadores sobre el trabajo a realizar).			/		/		/								Si la respuesta es NO, no iniciar el trabajo hasta que se implementen las medidas requeridas.
9. Se ha informado al personal de trabajadores los sitios por los cuales pueden transitar de forma segura.			/		/		/								Si la respuesta es NO, no iniciar hasta implementar las medidas requeridas.
10. Verificación de la afiliación vigente a la seguridad social.			/		/		/								Si la respuesta es NO, Entregar documentacion de afiliacion o planilla de pago antes de iniciar el trabajo.
11. Se cuenta con unidad sanitaria a una distancia no mayor a 300 metros.			/		/		/								Si la respuesta es NO, Ubicar unidad sanitaria lo mas cerca posible, máximo 2 horas después de iniciar la actividad.
12. Se cuenta con un kit de emergencia a una distancia no mayor a 300 metros			/		/		/								Si la respuesta es NO, Ubicar un kit de emergencia a una distancia no mayor de 300 mts.
13. Indague si algún trabajador de los que se disponen a iniciar el trabajo ha consumido bebidas embriagantes, alucinógenas o medicamentos que causen sueño.			/		/		/								Si la respuesta es SI, No lo incluir en el permiso de trabajo por consumo de alucinógenos o bebidas embriagantes remitido por el jefe de personal.
14. Verifique que en el área intervenir no haya presencia de personal ajeno a la obra sin autorización.			/		/		/								Si la respuesta es SI, Informe del trabajo a realizar para que se retiren antes de iniciar trabajos, sin colocar en riesgo su seguridad personal.

**ANEXO 11 SOPORTES
CERTIFICADOS DE ALTURAS**



CENCAPTOL

Centro de Capacitación del Tolima

NIT. 900.852.624-6

COD.: Aprobación No.08SE2021220000000014787 RES. 1176
Bureau Veritas Certificación NTC 6072:2014 08-CPR-008

Certificación de Capacitación y Entrenamiento en Trabajo Seguro en Alturas

En cumplimiento del Artículo 59 de la Resolución 4272 de 2021

La Corporación Centro de Capacitación del Tolima

CENCAPTOL

Certifica que:

BRAYAN STIVEN OCAMPO YAIMA

Identificado con cédula de ciudadanía No. 1.135.884.041

Realizó y aprobó la capacitación y entrenamiento nivel:

RE ENTRENAMIENTO

Con una duración de: 08 Horas

Realizó en Ibagué del 28 al 28 de octubre en el año 2023

Este certificado se expide en Ibagué a los 28 días del mes de octubre del 2023

Empresa contratante: UNION TEMPORAL PLANTAS DE TRATAMIENTO

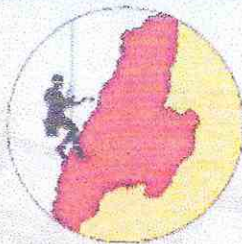
Nit: 901532890-1

Representante legal: Jaime Humberto Palacino Afanador

ARL: SURA

Jessica Ospina Reinoso
Representante Legal

Carlos Iván Martínez Cantillo
Entrenador T.S.A.
Licencia 2723 del 2022



CENCAPTOL

Centro de Capacitación del Tolima

NIT. 900.852.624-6

COD.: Aprobación No.08SE202122000000014787 RES. 1178
Bureau Veritas Certificación NTC 6072:2014 09-CPR-008

Certificación de Capacitación y Entrenamiento en Trabajo Seguro en Alturas

En cumplimiento del Artículo 59 de la Resolución 4272 de 2021

La Corporación Centro de Capacitación del Tolima

CENCAPTOL

Certifica que:

DAVID PULIDO SALAMANCA

Identificado con cédula de ciudadanía No. 1.069.924.875

Realizó y aprobó la capacitación y entrenamiento nivel:
TRABAJADOR AUTORIZADO

Con una duración de: 32 Horas

Realizó en Ibagué del 28 al 31 de octubre en el año 2023
Este certificado se expide en Ibagué a los 31 días del mes de octubre del 2023

Empresa contratante: UNION TEMPORAL PLANTAS DE TRATAMIENTO

Nit: 901532890-1

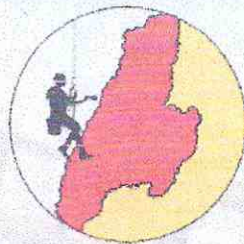
Representante Legal: Jaime Humberto Palacino Afanador

ARL: SURA

Jessica Ospina Remoso
Representante Legal

Erika Dayana Hernández Idarraga
Entrenadora T.S.A.
Licencia 1541 del 2021

CCT - 17031- 23



CENCAPTOL

Centro de Capacitación del Tolima

NIT. 900.852.624-6

CGD: Aprobación No.06SE202122000000014787 RES. 1178
Bureau Veritas Certificación NTC 6072:2014 09-CPR-008

Certificación de Capacitación y Entrenamiento en Trabajo Seguro en Alturas

En cumplimiento del Artículo 59 de la Resolución 4272 de 2021

La Corporación Centro de Capacitación del Tolima

CENCAPTOL

Certifica que:

EDILBERTO REYES USME

Identificado con cédula de ciudadanía No. 93.403.554

Realizó y aprobó la capacitación y entrenamiento nivel:

RE ENTRENAMIENTO

Con una duración de: 08 Horas

Este certificado se expide en Ibagué a los 20 días del mes de enero del 2023

Empresa contratante: UNION TEMPORAL PLANTAS DE TRATAMIENTO

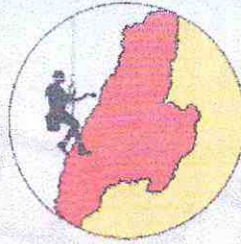
Nit: 901532890-1

Representante Legal: Jaime Humberto Palacino Afanador

ARL: SURA

Jessica Ospina Reinoso
Representante Legal

Mauricio Díaz Aguirre
Entrenador T.S.A.
Licencia 3189 del 2018



CENCAPTOL

Centro de Capacitación del Tolima

NIT. 900.852.624-6

COD.: Aprobación No.089E202122000000014787 RES. 1178
Bureau Veritas Certificación NTC 6072:2014 09-CPR-008

Certificación de Capacitación y Entrenamiento en Trabajo Seguro en Alturas

En cumplimiento del Artículo 59 de la Resolución 4272 de 2021

La Corporación Centro de Capacitación del Tolima

CENCAPTOL

Certifica que:

FABER ANDRES SANCHEZ LOPEZ

Identificado con cédula de ciudadanía No. 1.110.564.634

Realizó y aprobó la capacitación y entrenamiento nivel:

RE ENTRENAMIENTO

Con una duración de: 08 Horas

Este certificado se expide en Ibagué a los 21 días del mes de enero del 2023

Empresa contratante: UNION TEMPORAL PLANTAS DE TRATAMIENTO

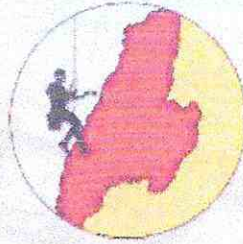
Nit: 901532890-1

Representante Legal: Jaime Humberto Palacino Afanador

ARL: SURA

Jessica Ospina Reinoso
Representante Legal

Mauricio Diaz Aguirre
Entrenador T.S.A.
Licencia 3189 del 2018



CENCAPTOL

Centro de Capacitación del Tolima

NIT. 900.852.624-6

COD.: Aprobación No.08SE2021220000000014787-RES. 1178
Bureau Veritas Certificación NTC 80722014 09-CPR-008

Certificación de Capacitación y Entrenamiento en Trabajo Seguro en Alturas

En cumplimiento del Artículo 59 de la Resolución 4272 de 2021

La Corporación Centro de Capacitación del Tolima

CENCAPTOL

Certifica que:

HECTOR ACOSTA AGUDELO

Identificado con cédula de ciudadanía No. 5.822.163

Realizó y aprobó la capacitación y entrenamiento nivel:

RE ENTRENAMIENTO

Con una duración de: 08 Horas

Realizó en Ibagué del 28 al 28 de octubre en el año 2023

Este certificado se expide en Ibagué a los 28 días del mes de octubre del 2023

Empresa contratante: UNION TEMPORAL PLANTAS DE TRATAMIENTO

Nit: 901532890-1

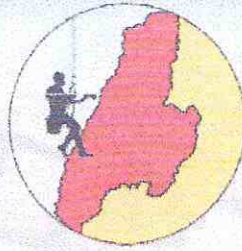
Representante legal: Jaime Humberto Palacino Afanador

ARL: SURA

Jessica Ospina Reinoso
Representante Legal

Carlos Iván Martínez Cantillo
Entrenador T.S.A.
Licencia 2723 del 2022

CCT - 17008 - 23



CENCAPTOL

Centro de Capacitación del Tolima

NIT. 900.852.624-6

COD.: Aprobación No.089E202122000000014787 RES. 1178
Bureau Veritas Certificación NTC 6072:2014 09-CPR-008

Certificación de Capacitación y Entrenamiento en Trabajo Seguro en Alturas

En cumplimiento del Artículo 59 de la Resolución 4272 de 2022

La Corporación Centro de Capacitación del Tolima

CENCAPTOL

Certifica que:

JEAN PIERRE YOSBRAIDER QUINTERO SANCHEZ

Identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.070.596.330

Realizó y aprobó la capacitación y entrenamiento nivel:

TRABAJADOR AUTORIZADO

Con una duración de: 32 Horas

Este certificado se expide en Ibagué a los 21 días del mes de enero del 2023

Empresa contratante: UNION TEMPORAL PLANTAS DE TRATAMIENTO

Nit: 901532890-1

Representante Legal: Jaime Humberto Palacino Afanador

ARL: SURA

Jessica Ospina Reinoso
Representante Legal

Carlos Iván Martínez Cantillo
Entrenador T.S.A.
Licencia 2723 del 2022



CENCAPTOL

Centro de Capacitación del Tolima

NIT. 900.852.624-6

COD.: Aprobación No.06SE202122000000014787 RES. 1178
Bureau Veritas Certificación NTC 8072:2014 09-CPR-008

Certificación de Capacitación y Entrenamiento en Trabajo Seguro en Alturas

En cumplimiento del Artículo 59 de la Resolución 4272 de 2021

La Corporación Centro de Capacitación del Tolima

CENCAPTOL

Certifica que:

JUAN DAVID GUZMAN OSORIO

Identificado con cédula de ciudadanía No. 1.110.519.721

Realizó y aprobó la capacitación y entrenamiento nivel:

RE ENTRENAMIENTO

Con una duración de: 08 Horas

Realizó en Ibagué del 28 al 28 de octubre en el año 2023

Este certificado se expide en Ibagué a los 28 días del mes de octubre del 2023

Empresa contratante: UNION TEMPORAL PLANTAS DE TRATAMIENTO

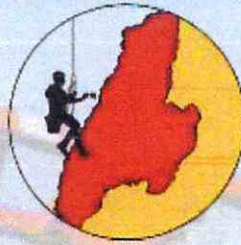
Nit: 901532890-1

Representante legal: Jaime Humberto Palacino Afanador

ARL: SURA

Jessica Ospina Reinoso
Representante Legal

Carlos Iván Martínez Cantillo
Entrenador T.S.A.
Licencia 2723 del 2022



CENCAPTOL

Centro de Capacitación del Tolima

NIT. 900.852.624-6

COD.: Aprobación No.08SE202122000000014787 RES. 1178
Bureau Veritas Certificación NTC 6072:2014 09-CPR-008

Certificación de Capacitación y Entrenamiento en Trabajo Seguro en Alturas

En cumplimiento del Artículo 59 de la Resolución 4272 de 2021

La Corporación Centro de Capacitación del Tolima

CENCAPTOL

Certifica que:

ROSENDO AVILA PALOMA

Identificado con cédula de ciudadanía No. 93.399.698

Realizó y aprobó la capacitación y entrenamiento nivel:
RE ENTRENAMIENTO

Con una duración de: 08 Horas

Realizó en Ibagué del 31 al 31 de octubre en el año 2023
Este certificado se expide en Ibagué a los 31 días del mes de octubre del 2023

Empresa contratante: **UNION TEMPORAL PLANTAS DE TRATAMIENTO**

Nit: 901532890-1

Representante Legal: **Jaime Humberto Palacino Afanador**

ARL: SURA

Jessica Ospina Reinoso
Representante Legal

Mauricio Díaz Aguirre
Entrenador T.S.A.
Licencia 3189 del 2018



CENCAPTOL

Centro de Capacitación del Tolima

NIT. 900.852.624-6

COD.: Aprobación No.08SE202122000000014787 RES. 1178
Bureau Veritas Certificación NTC 6072:2014 09-CPR-008

Certificación de Capacitación y Entrenamiento en Trabajo Seguro en Alturas

En cumplimiento del Artículo 59 de la Resolución 4272 de 2021

La Corporación Centro de Capacitación del Tolima

CENCAPTOL

Certifica que:

WALTHER HERNANDEZ

Identificado con cédula de ciudadanía No. 93.413.318

Realizó y aprobó la capacitación y entrenamiento nivel:

TRABAJADOR AUTORIZADO

Con una duración de: 32 Horas

Realizó en Ibagué del 24 al 27 de octubre en el año 2023

Este certificado se expide en Ibagué a los 27 días del mes de octubre del 2023

Empresa contratante: UNION TEMPORAL PLANTAS DE TRATAMIENTO



Nit: 901532890-1

Representante Legal: Jaime Humberto Palacino Afanador

ARL: SURA

Jessica Ospina Reinoso
Representante Legal

Erika Dayana Hernández Idarraga
Entrenadora T.S.A.
Licencia 1541 del 2021

 	CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES PARA CONTRATOS DE OBRA	CÓDIGO: GJ-R- 061
		FECHA VIGENCIA: 2019-09-19
		VERSIÓN: 01
		Página 1 de 2
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		


CONTRATO DE OBRA N° 154 DEL 29 DEL 10 DE 2021	
CONTRATANTE	EMPRESA IBAGUEREÑA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO S.A E.S.P OFICIAL – IBAL S.A. E.S.P OFICIAL
CONTRATISTA	UNION TEMPORAL PLANTAS DE TRATAMIENTO

OBJETO	MEJORAMIENTO DE LA PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA POTABLE NO.1 DEL BARRIO LA POLA DE LA CIUDAD DE IBAGUE.
PLAZO INICIAL	6 MESES
SUSPENSION No. 1	21 de junio 2022
PRORROGA 01 DE SUSPENSION No.1	20 de agosto 2022
REINICIO No. 1	20 de diciembre 2022
SUSPENSION No. 2	21 de diciembre de 2022
REINICIO No. 2	31 de enero de 2023
SUSPENSION No. 3	15 de febrero de 2023
REINICIO No. 3	8 de mayo 2023
PRORROGA 01	1 de septiembre 2023
PRORROGA 02	20 de octubre 2023
PRORROGA 03	2 de noviembre 2023
PLAZO TOTAL	9 meses
FECHA DEL ACTA:	30 de noviembre 2023
FECHA TERMINACIO	10 de diciembre 2023
VALOR INICIAL	\$ 1.371.924.845,00
VALOR TOTAL	\$ 1.371.924.845,00
SUPERVISORES	Ing. Carlos Andrés Medina Arévalo – Ing. Andrés Orlando Waltero Angarita

El suscrito ING. CARLOS ANDRES MEDINA AREVALO - LIDER GESTION ACUEDUCTO Y ING. ANDRES ORLANDO WALTERO ANGARITA- LIDER POTABILIZACION SUPERVISORES DEL (CONTRATO N° 154 DEL 29 DEL 10 DE 2021) del IBAL S.A. E.S.P OFICIAL, en su calidad de supervisor del contrato en mención:

CERTIFICA:

Contratista persona natural <input type="checkbox"/>	Contratista persona jurídica <input checked="" type="checkbox"/>
--	--

	CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES PARA CONTRATOS DE OBRA	CÓDIGO: GJ-R-061
		FECHA VIGENCIA: 2019-09-19
		VERSIÓN: 01
		Página 2 de 2
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		

2. El contratista presentó la planilla número _____ de fecha _____ en la que consta que ha efectuado el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en salud, pensión, y riesgos laborales, de él y del personal a cargo (Cuando a ello hubiere lugar), para el período de _____.

Verificado el monto de cada uno de los aportes en la planilla, se constató que se ajusta a la base de liquidación que aplica para este tipo de contratos.

2. El contratista presentó certificación suscrita por el revisor fiscal o el representante legal acreditando que se encuentra a paz y salvo en el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y pagos de parafiscales a que hubiere lugar.

Se expide la presente constancia para efectos del respectivo pago en la ciudad de Ibagué, a los 30 días del mes de noviembre del año 2023.

Atentamente,



ING. CARLOS ANDRÉS MEDINA AREVALO
Supervisor Ibal
LIDER GESTION ACUEDUCTO



Ing. ANDRES ORLANDO WALTERO
Supervisor Ibal
LIDER POTABILIZACION

CERTIFICACIÓN APORTES PARAFISCALES

ARTICULO 50 LEY 789 DE 2002 MODIFICADO POR LOS ARTICULOS 1 Y 9 DE LA LEY 828 DE 2003

El suscrito Contador Público, certifica que de conformidad con lo establecido para tal efecto en la Ley 43 de 1990, me permito certificar que he auditado de acuerdo con las normas de auditoria generalmente aceptadas en Colombia, los Estados Financieros, con el propósito de verificar el pago efectuado por concepto de aportes correspondientes a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, instituto Colombiano de bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), para lo cual, me permito certificar que la **"UNIÓN TEMPORAL PLANTAS DE TRATAMIENTO"**, NIT 901.532.890 – 1, ha efectuado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal, los cuales forman parte de los estados financieros y corresponden a los montos contabilizados y pagados por la Unión Temporal durante los últimos Seis (6) meses contados a partir de la fecha conformación de la UT. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, modificado por la Ley 828 de 2003.

La presente certificación se expide en Aportes correspondientes a los Sistemas de Seguridad Social de acuerdo a los plazos previstos en el Decreto 1406 de 1999 artículos 19 a 24. Así mismo, en el caso del pago correspondiente a los Aportes Parafiscales. Cajas de Compensación, ICBF, SENA, se deberá tener en cuenta el plazo dispuesto para tal efecto, en el artículo 10 de la Ley de 1982.

Dada en Ibagué – Tolima a los 30 días del mes de noviembre de 2023.

Cordialmente;



JAIME HUMBERTO PALACINO AFANADOR
CC 14.232.412
Rep. Legal UT



CATALINA LEÓN VELÁSQUEZ
REVISORA FISCAL
TP 277905 – T
CC N°1.110.587.849 de Ibagué – Tol.

ANEXO: Tarjeta Profesional Contador Público y Antecedentes Disciplinarios de la Junta Central de Contadores Públicos.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.110.587.849**
LEON VELASQUEZ

APELLIDOS
CATALINA

NOMBRES

Catalina León

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-ENE-1998**

IBAGUE
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

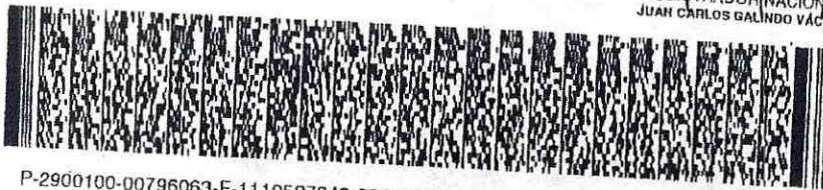
1.65
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

28-ENE-2016 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Juan Carlos Galindo Vacha
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-2900100-00796063-F-1110587849-20160301

0048735032A 1

46280056

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD
ADMINISTRATIVA
ESPECIAL

JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES



277905-T

CATALINA
LEON VELASQUEZ
C.C. 1110687849

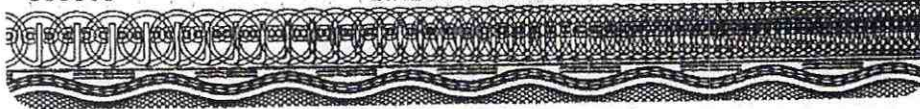
RES. INSCRIPCIÓN 131. DEL 19/02/2021
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA



300018

JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA
DIRECTOR GENERAL

313033



Identificación Plástica S.A. 200634/1220

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

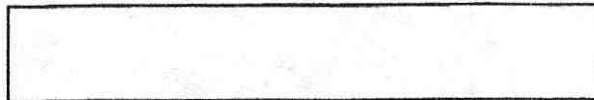
UNIDAD
ADMINISTRATIVA
ESPECIAL

JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES



Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (57)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE - Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C.



FIRMA



UNIDAD
ADMINISTRATIVA
ESPECIAL

**JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES**



Certificado No:

F 0 6 9 0 0 A C 1 9 F C 5 4 C A

**LA REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

**CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE**

Que el contador público **CATALINA LEON VELASQUEZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1110587849 de IBAGUE (TOLIMA) Y Tarjeta Profesional No 277905-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS *****

Dado en BOGOTA a los 11 días del mes de Septiembre de 2023 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACION APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE Cedula de Ciudadanía: 7984271 Nombre o Razon Social: CARLOS FERNANDO CLIBDES BONILLA TOLIMA (INDIVIDUAL) Tipo Aportante: INDEPENDIENTE Forma de Identificación: PLANILLA AUTOLIQUIDACION SALUD Montante de Contribución: 1000000		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA Número Planilla: 5165218186 Tipo de Planilla: PLANILLA AUTOLIQUIDACION SALUD Fecha Pago: 2023/10/25 Número Autorización: 054444126	
DATOS GENERALES DEL APORTANTE Cedula de Ciudadanía: 7984271 Nombre o Razon Social: CARLOS FERNANDO CLIBDES BONILLA TOLIMA (INDIVIDUAL) Tipo Aportante: INDEPENDIENTE Forma de Identificación: PLANILLA AUTOLIQUIDACION SALUD Montante de Contribución: 1000000		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA Número Planilla: 5165218186 Tipo de Planilla: PLANILLA AUTOLIQUIDACION SALUD Fecha Pago: 2023/10/25 Número Autorización: 054444126	

TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SEGURIDAD SOCIAL		TOTAL APORTES A COMPENSACION FAMILIAR	
CODIGO	DESCRIPCION	CODIGO	DESCRIPCION	CODIGO	DESCRIPCION	CODIGO	DESCRIPCION
25-14	COLENSUCOMES	14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.	14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.	14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.
SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:	
VALOR PAGADO: \$ 480.000		VALOR PAGADO: \$ 378.000		VALOR PAGADO: \$ 378.000		VALOR PAGADO: \$ 378.000	

TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SEGURIDAD SOCIAL		TOTAL APORTES A COMPENSACION FAMILIAR	
CODIGO	DESCRIPCION	CODIGO	DESCRIPCION	CODIGO	DESCRIPCION	CODIGO	DESCRIPCION
25-14	COLENSUCOMES	14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.	14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.	14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.
SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:	
VALOR PAGADO: \$ 480.000		VALOR PAGADO: \$ 378.000		VALOR PAGADO: \$ 378.000		VALOR PAGADO: \$ 378.000	

TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SEGURIDAD SOCIAL		TOTAL APORTES A COMPENSACION FAMILIAR	
CODIGO	DESCRIPCION	CODIGO	DESCRIPCION	CODIGO	DESCRIPCION	CODIGO	DESCRIPCION
25-14	COLENSUCOMES	14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.	14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.	14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.
SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:	
VALOR PAGADO: \$ 480.000		VALOR PAGADO: \$ 378.000		VALOR PAGADO: \$ 378.000		VALOR PAGADO: \$ 378.000	

TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SEGURIDAD SOCIAL		TOTAL APORTES A COMPENSACION FAMILIAR	
CODIGO	DESCRIPCION	CODIGO	DESCRIPCION	CODIGO	DESCRIPCION	CODIGO	DESCRIPCION
25-14	COLENSUCOMES	14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.	14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.	14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.
SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:	
VALOR PAGADO: \$ 480.000		VALOR PAGADO: \$ 378.000		VALOR PAGADO: \$ 378.000		VALOR PAGADO: \$ 378.000	

TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SEGURIDAD SOCIAL		TOTAL APORTES A COMPENSACION FAMILIAR	
CODIGO	DESCRIPCION	CODIGO	DESCRIPCION	CODIGO	DESCRIPCION	CODIGO	DESCRIPCION
25-14	COLENSUCOMES	14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.	14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.	14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.
SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:	
VALOR PAGADO: \$ 480.000		VALOR PAGADO: \$ 378.000		VALOR PAGADO: \$ 378.000		VALOR PAGADO: \$ 378.000	

TOTAL \$ 988.100



FICHA TECNICA DE EVALUACION Y REEVALUACION DE PROVEEDORES

CÓDIGO: GJ-R-056

FECHA VIGENCIA:

2021/07/15

VERSIÓN: 01

Página 1 de 4

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

Evaluación: Fecha evaluación 29/11/2023 Reevaluación: Fecha reevaluación: _____
 Acta Parcial N° 2 Acta Final _____

INFORMACION DEL CONTRATO

NUMERO Y FECHA: No. 154 del 29 - 10 -2021
 NOMBRE DEL CONTRATISTA: UNION TEMPORAL PLANTAS DE TRATAMIENTO No. 1d NIT: 9015322890-1
 FECHA DE INICIO: 11 - 01 - 2022 FECHA DE TERMINACION: 11-XI-2023
 OBJETO DEL CONTRATO: MEJORAMIENTO DE LA PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUA POTABLE No. 1 DEL BARRIO LA POLA

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	
	6. SEGUROS	
	7. INTERMEDIARIO DE SEGUROS	
	8. OBRA PUBLICA	X

ASPECTOS A EVALUAR DEL CONTRATISTA

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

8. OBRA PUBLICA

CRITERIOS CUMPLIMIENTO Y OPORTUNIDAD	PUNTAJE	CRITERIOS EN LA EJECUCION DEL CONTRATO	PUNTAJE
MANEJO FINANCIERO DE LOS RECURSOS	4	CUMPLIMIENTO CRONOGRAMAS ESTABLECIDOS	4
CUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DE LA TOTALIDAD DE LOS TRABAJOS CONTRATADOS	3	CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CON EL PERSONAL CONTRATADO.	5
CUMPLIMIENTO EN LA GARANTIA DE LOS TRABAJOS EJECUTADOS Y PRODUCTOS ENTREGADOS.	5	PRESENTACION DE INFORMES DE AVANCE	4
CUMPLIMIENTO DEL RECURSO HUMANO PROPUESTO	4	ELABORACION OPORTUNA DE LAS DIFERENTES ACTAS	5
CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE SALUD OCUPACIONAL Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	3	ASISTENCIA A LAS REUNIONES O VISITAS TECNICAS PROGRAMADAS	5
CUMPLIMIENTO EN LOS TERMINOS PARA LEGALIZAR EL CONTRATO Y SUS ADICIONES	4	CUMPLIMIENTO A LOS REQUERIMIENTOS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	3
CUMPLIMIENTO Y ENTREGA OPORTUNA DEL PEGMA	4	PAGO DE SALARIOS Y PRESTACIONES	5
		PAGO OPORTUNO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	5
		ATENCION DE REQUERIMIENTOS	5
TOTAL PROMEDIO	3,86	TOTAL PROMEDIO	4,56

CRITERIOS DE CALIDAD	PUNTAJE	EVALUACION TOTAL	4,42
COLABORACION Y COMPROMISO CON LA ENTIDAD	4		
CONTROL Y SEGUIMIENTO FINANCIERO, ADMINISTRATIVO, TECNICO Y LEGAL	5		
CALIDAD EN LA EJECUCION DE LOS CONTRATOS	5		
CALIDAD EN LA MANO DE OBRA	5		
CALIDAD DE LOS MATERIALES UTILIZADOS	5		
CALIDAD EN LOS PRODUCTOS ENTREGADOS	5		
ENTREGA OPORTUNA DE LOS PLANOS RECORD, MANUALES Y DEMAS DOCUMENTOS REQUERIDOS EN EL CONTRATO	5		
TOTAL PROMEDIO	4,86		

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE : cc33f6c1356bf579d8b32ca92f1fb01a875c62c5109c3279767dd5f7ecc30f0a517510b79ce40e7f89a3d93d6b050955
 Número de Factura: UTPT-3
 Fecha de Emisión: 01/12/2023
 Fecha de Vencimiento: 01/12/2023
 Tipo de Operación: 10 - Estándar
 Forma de pago: Contado
 Medio de Pago: Instrumento no definido
 Orden de pedido:
 Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: UNION TEMPORAL PLANTAS DE TRATAMIENTO
 Nombre Comercial: UNION TEMPORAL PLANTAS DE TRATAMIENTO
 Nit del Emisor: 901532890
 Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
 Régimen Fiscal: R-99-PN
 Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
 Actividad Económica: 4220
 País: Colombia
 Departamento: Tolima
 Municipio / Ciudad: Ibagué
 Dirección: CL 8 7 10 OF 306 ED CAMACOL
 Teléfono / Móvil: 3102820000
 Correo: jaime-pala@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: IBAL S.A. / EMPRESA IBAGUEREÑA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO IBAL S.A. E.S.P
 Tipo de Documento: NIT
 Número Documento: 800089809
 Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
 Régimen fiscal: R-99-PN
 Responsabilidad tributaria: 01 - IVA
 País: Colombia
 Departamento: Tolima
 Municipio / Ciudad: Ibagué
 Dirección: Cr 3 N 1 04 BRR LA POLA
 Teléfono / Móvil: 2756000
 Correo: contratacion@ibal.com.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	01	PAGO ACTA PARCIAL DE OBRA No 02 DEL CONTRATO DE OBRA No 0154 DEL 29 DE OCTUBRE DE 2021 CUYO OBJETO ES CONTRATAR EL MEJORAMIENTO DE AGUA POTABLE N 01 DEL BARRIO LA POLA DE LA CIUDAD DE IBAGUE	NIU	1,00	\$ 305.133.492,32	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 305.133.492,32
2	02	ATIU 25	NIU	1,00	\$ 76.283.373,08	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 76.283.373,08

Descuentos y Recargos Globales

Nro.	Tipo	Código	Descripción	%	Valor
------	------	--------	-------------	---	-------

Información Complementaria

Nro	Nombre Campo	Valor Campo
-----	--------------	-------------

Anticipos

Nro

Valor

Fecha recibido

Referencias

Tipo de Documento Referencia

Número Referencia

Fecha Referencia

Notas Finales

Línea de negocio:

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2023-12-01 08:59:18
Documento generado el: 2023-12-01 08:59:17
Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit: 800.197.268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	381.416.865,40
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	381.416.865,40
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	381.416.865,40
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 381.416.865,40

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764043538107

Rango desde: 1

Rango hasta: 100

Vigencia: 2024-01-30