DOCUMENTOS ACTA 02 CONT 040-24 CLORQUIMICOS

De Dolly Camacho <dolly.camacho@ibal.gov.co>
Destinatario Sgeneral <sgeneral@ibal.gov.co>
Fecha 2024-06-27 17:32

DOCUMENTOS ACTA 02 CONT 040-24 CLORQUIMICOS.PDF (~3,5 MB)

AJUNTO PARA TRÁMITE PERTINENTE

--



Ibagué, 13 de junio de 2024

14-06-24. 8:050
Rad. 20240239

Doctora
ANGIE JULIETT ROJAS MILLAN
Secretaria General
IBAL S.A. ESP OFICIAL
Ibagué

REF: ENVIO SOPORTES PARA TRAMITE DE CUENTA DEL CONTRATO N° 040 DEL 01 DE ABRIL DE 2024 – CLORQUIMICOS LTDA.

Cordial Saludo:

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

DOCUMENTOS ACTA PARCIAL 02:

- ✓ Acta Parcial 02
- ✓ Ficha técnica de evaluación de proveedores
- ✓ Factura de venta
- ✓ Orden de compra
- ✓ Entrada por compras
- ✓ Planilla pago seguridad social y aportes parafiscales
- ✓ Certificación pago seguridad social y aportes parafiscales
- ✓ Documentos del Contador
- ✓ Certificación SST

Atentamente,

JORGE FERNANDO DUQUE CUARTAS
Almacenista General

IBAL 25 AÑOS / SIG	**ACTA PARCIAL** **SISTEMA INTEGRADO DE GESTION**	**CÓDIGO:** GJ-R-033 **FECHA VIG:** 2022-11-28 **VERSIÓN:** 08

Contrato N°.:	40 DEL 01 ABRIL DE 2024
Objeto:	**SUMINISTRO DE HIPOCLORITO DE SODIO COMO QUIMICO DESINFECTANTE PARA LA POTABILIZACION DE AGUA CRUDA Y MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA EN LAS PTAP Y DEMAS ACTIVIDADES QUE POR DEMANDA SEAN REQUERIDAS DENTRO DEL IBAL SA ESP OFICIAL**
V/r Total:	142.811.900,00 IVA INCLUIDO DEL 19%
Contratista: **NIT:** **Representante Legal:** **C.C.**	**CLORQUIMICOS LTDA** 809.002.262-7 **MARIA NELSY FRANCO** 38.247.423
Supervisores:	**JORGE FERNANDO DUQUE CUARTAS** Almacenista General
Fecha de Inicio: **Fecha de terminación**	11 DE ABRIL DE 2024 10 DE MARZO DE 2024
Plazo de Ejecución:	ONCE (11) MESES

FECHA DE ELABORACIÓN DEL ACTA PARCIAL	AÑO	MES	DIA
	2024	6	5

En la ciudad de Ibagué, en la fecha antes indicada, contratista y supervisor suscriben la presente Acta Parcial No. 02 del contrato antes identificado. Para completar y soportar los trámites necesarios para su correspondiente pago.

Periodo Informado	Del 09 de mayo al 01 de junio de 2024
Informe de las actividades desarrolladas y avaladas por el supervisor	Por tratarse de un contrato de suministro las actividades o informes de supervision corresponden a los elementos adquiridos, donde se discrimina el nombre del elemento, la cantidad y el valor relacionados en el Balance del suministro y entradas por compra
Evidencias de la ejecución del contrato	Se verifica y se recibe fisicamente la sustancia quimica relacionada en el cuadro de Balance del Suministro, la cual esta descrita en el contrato, y cumple con los criterios y caracteristicas tecnicas contractuales y se reciben a satisfaccion (Producto hipoclorito de sodio, descargados la planta del IBAL y planta Arboleda)

IBAL 25 AÑOS / SIG	ACTA PARCIAL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	CÓDIGO: GJ-R-033 FECHA VIG: 2022-11-28 VERSIÓN: 08

EVIDENCIAS DE LA EJECUCION DEL CONTRATO

ITEM	DETALLE DEL BIEN	CPC		CANT	VR UNIT	VALOR SOLICITADO PPTALMENTE	VALOR ACTA	SALDO PRESUPUESTAL
		CODIGO	DESCRIPCION					
1	HIPOCLORITO DE SODIO AL 15%	3424014	Hipoclorito de sodio	3.000	2.380	135.671.900	7.140.000,00	128.531.900,00
						VALOR PRESENTE ACTA	7.140.000,00	

BALANCE DEL SUMINISTRO

DESCRIPCION	ACTA	KGS	V/R ANTES DE IVA	SUBTOTAL	IVA 19%	TOTAL
Hipoclorito de sodio	01	3.000	2.000	6.000.000,00	1.140.000,00	7.140.000,00
Hipoclorito de sodio	02	3.000	2.000	6.000.000,00	1.140.000,00	7.140.000,00
CONSUMIDO		**6.000**		**12.000.000,00**	**2.280.000,00**	**14.280.000,00**
CONTRATADO		55.550				142.811.900,00
NO EJECUTADO		49.550				128.531.900,00

ESTADO DE CUENTA

Valor del Contrato:	142.811.900,00
Valor Acta 01 del 06/05/2024	7.140.000,00
Valor Acta 02 del 05/06/2024	7.140.000,00
Saldo (V/r pte para pago):	128.531.900,00

PORCENTAJE DE EJECUCION DEL CONTRATO

V/R EJECUTADO A LA FECHA	14.280.000,00
% DE EJECUCION DEL CONTRATO	**10,00**

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

PERSONA JURIDICA

El contratista presentó certificación suscrita por el revisor fiscal 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.

APORTA CERTIFICACION REPRESENTANTE LEGAL	SI		NO	X
APORTA CERTIFICACION REVISOR FISCAL	SI	X	NO	

	ACTA PARCIAL	CÓDIGO: GJ-R-033
		FECHA VIG: 2022-11-28
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	VERSIÓN: 08

ANEXOS	
Certificacion pago de seguridad social y aportes parafiscales	X
Documentos Revisor Fiscal	X
Documentos SST	X
Copia planillas de aporte	X
Orden de compra	X
entrada de Almacen	X
Salida de Almacen	X

FIRMA			
NOMBRE	MARIA NELSY FRANCO	JORGE FERNANDO DUQUE CUARTAS	CLAUDIA COMBITA ZAMBRANO
	Contratista	Supervisor	VoBo. Salud Ocupacional IBAL

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE CLORQUIMICOS LTDA

CERTIFICA:

Que en mi calidad de Revisor Fiscal de la Sociedad CLORQUIMICOS LTDA Nit. 809.002.262-7 en relación con el cumplimiento de los Aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y aportes parafiscales, se verifico que la administración ha dado cumplimiento a lo establecido en las leyes y a la fecha se encuentra al día con los pagos.

Se expide en Ibagué, a los cinco (05) días del mes de Junio de dos mil veinticuatro (2024) con destino a la EMPRESA IBAGUEREÑA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO IBAL S.A. E.S.P. OFICIAL

WALTER BELTRAN TORRES
Revisor Fiscal
TP 28367-T

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

9BB0A7D2ED5F9201

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 **WALTER BELTRAN TORRES** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 93359304 de IBAGUE (TOLIMA) Y Tarjeta Profesional No 28367-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

EL CONTADOR PUBLICO NO HA CUMPLIDO CON LA OBLIGACION DE ACTUALIZAR EL REGISTRO

Dado en BOGOTA a los 2 días del mes de Abril de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL (E)

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **93.359.304**

BELTRAN TORRES

APELLIDOS

WALTER

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-OCT-1964**

IBAGUE
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	**AB+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

08-FEB-1983 IBAGUE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2900100-00212268-M-0093359304-20100202 0020554213A 1 6380557034

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

28367-T



WALTER
BELTRAN TORRES
C.C. 93359304
RES. INSCRIPCION 2327 DEL 11/10/1990
UNIVERSIDAD DE IBAGUE

319586

JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA
DIRECTOR GENERAL

35893

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público o Entidad Prestadora de Servicios Contables, según corresponda, de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990 y el Decreto 1510 de 1998. 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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **93.359.304**

BELTRAN TORRES

APELLIDOS

WALTER

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-OCT-1964**

IBAGUE
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	**AB+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

08-FEB-1983 IBAGUE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2900100-00212268-M-0093359304-20100202 0020554213A 1 6380557034

AUSENTISMO 2024

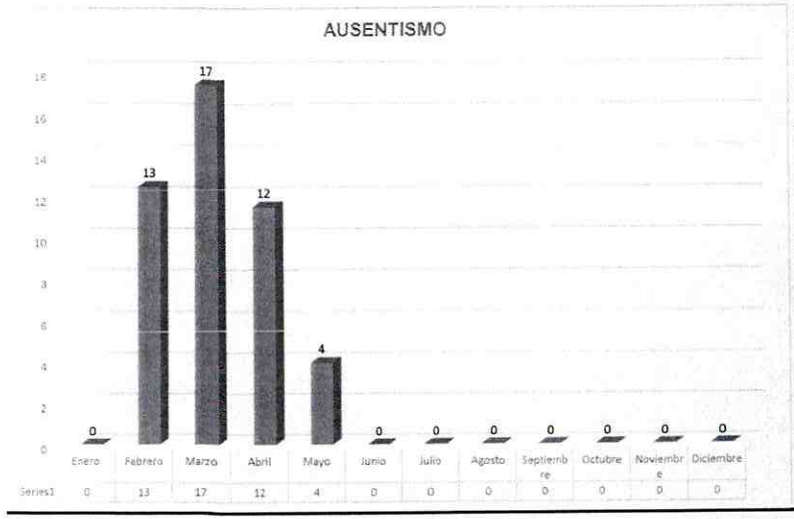
VERSION 2

inicion del Indicador	Ausentismo es la no asistencia al trabajo con incapacidad médica.	Fuente de la Información para el calculo	Incapacidades medicas por accidente laboral Incapacidades medicas común
etivo del Indicador	Disminuir el ausentismo por incapacidad medica laboral y comun	Periodicidad	Mensual
etivos del SGSST	Disminuir el 10% ausentismo por incapacidad medica laboral y comun	Personas que deben conocer el resultado	REPRESENTANTE LEGAL COPASST COMITÉ DE CONVIVENCIA BRIGADA DE EMERGENCIA COPASST
rpretación del Indicador	En el mes se periodo X% de días programadas de trabajo por incapacidad medica	Clase del Indicador	Proceso
odo del cálculo	**NUMERADOR:** (Número de días de ausencia por incapacidad laboral o común en el mes) **DENOMINADOR:** (Número de días de trabajo programadas en el mes) *100	Meta Anual	52

ites del Indicador	Aceptable 52	Regular =>53 Y =< 60%	Deficiente =>61%

SENTISMO	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	TOTAL
lías ausencia incapacidad laboral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
lías ausencia incapacidad comun	0	3	4	3	1	0	0	0	0	0	0	0	11
)ias de trabajo programados en el mes	25	24	23	26	25	0	0	0	0	0	0	0	123
SENTISMO	0	13	17	12	4	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	9

GRAFICO



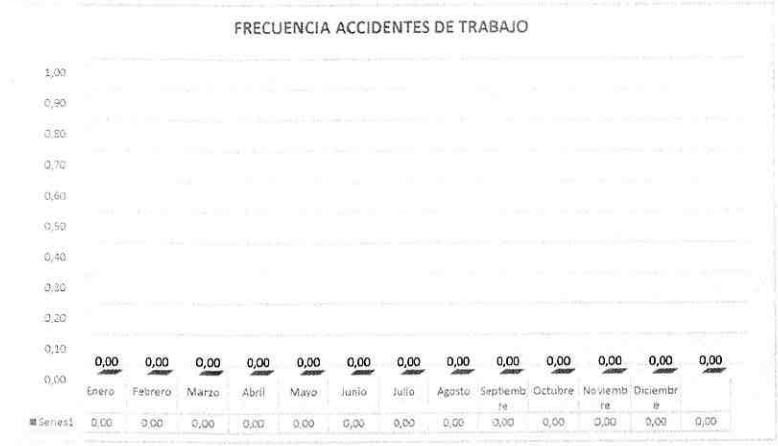
ANALISIS

ENERO: 0 % DE INDICE DE AUSENTISMO DURANTE ESTE PERIDO
FEBRERO: 13 % DE INDICE DE AUSENTISMO DURANTE ESTE PERIDO
MARZO: 17 % DE INDICE DE AUSENTISMO DURANTE ESTE PERIDO
ABRIL: 012% DE INDICE DE AUSENTISMO DURANTE ESTE PERIDO
MAYO: 4% DE INDICE DE AUSENTISMO DURANTE ESTE PERIDO
JUNIO: 0 % DE INDICE DE AUSENTISMO DURANTE ESTE PERIDO
JULIO: 0. % DE INDICE DE AUSENTISMO DURANTE ESTE PERIDO
AGOSTO: 0% DE INDICE DE AUSENTISMO DURANTE ESTE PERIDO
SEPTIEMBRE: 0% DE INDICE DE AUSENTISMO DURANTE ESTE PERIDO
OCTUBRE: 0% DE INDICE DE AUSENTISMO DURANTE ESTE PERIDO
NOVIEMBRE: 0% DE INDICE DE AUSENTISMO DURANTE ESTE PERIDO
DICIEMBRE: 0% DE INDICE DE AUSENTISMO DURANTE ESTE PERIDO

inicion del Indicador	Número de veces que ocurre un accidente de trabajo en el mes	Fuente de la Información para el calculo	Reporte de accidentes de trabajo
etivo del Indicador	Medir el comportamiento de accidentalidad laboral	Periodicidad	Mensual
etivos del SGSST	Disminuir el 10% de la accidentalidad laboral en comparación al año anterior	Personas que deben conocer el resultado	REPRESENTANTE LEGAL COPASST COMITÉ DE CONVIVENCIA BRIGADA DE EMERGENCIA COPASST
rpretación del Indicador	Por cada (100) trabajadores que laboraron en el mes se presentaron x accidentes de trabajo	Clase del Indicador	Resultado
odo del cálculo	**NUMERADOR:** Numero de accidente de trabajo que se presentaron en el mes **DENOMINADOR:** Número de trabajadores en el mes *100	Meta Anual	7,31
ites del Indicador	**Aceptable** **>=7,31**	**Regular** **>=7.32 y <9**	**Deficiente** **>=10**

ECUENCIA ACCIDENTES	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	TOTAL AÑO
de accidentes de trabajo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
de trabajadores en el mes	16	16	16	16	16	0	0	0	0	0	0	0	80
ICE DE FRECUENCIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	0,00

GRAFICO



ANALISIS

Enero:
0% DEL INDICE DE FRECUENCIA DURANTE EL MES DE ENERO

FEBRERO:
0% DEL INDICE DE FRECUENCIA ES DE 0 %

Marzo:
0% DEL INDICE DE FRECUENCIA DURANTE EL MES DE MARZO

ABRIL: 0% DEL INDICE DE FRECUENCIA DURANTE EL MES DE ABRIL

MAYO:
0% DEL INDICE DE FRECUENCIA DURANTE EL MES DE MAYO

JUNIO: .

JULIO:

AGOSTO:

SEPTIEMBRE:

OCTUBRE:

NOVIEMBRE: .

DICIEMBRE:

inicion del Indicador	Numero de caso de enfermedad laboral presentes en una población en un periodo de tiempo	Fuente de la Información para el calculo	Incapacidades por accidente de trabajo
etivo del Indicador	Prevenir enfermedades laborales calificadas	Perioricidad	Anual
etivos del SGSST	Mantener 0 casos de enfermedad laboral	Personas que deben conocer el resultado	REPRESENTANTE LEGAL COPASST COMITÉ DE CONVIVENCIA BRIGADA DE EMERGENCIA COPASST
rpretación del Indicador	Por cada 100.000 trabajadores existen X casos de enfermedad laboral en el periodo Z	Clase del Indicador	Resultado
odo del cálculo	**NUMERADOR:** Número de casos nuevos y antiguos de enfermedad laboral en el periodo Z **DENOMINADOR:** Promedio de trabajadores en el periodo Z)* 100.000	Meta Anual	0,00

ifes del Indicador	Aceptable	Regular	Deficiente
	0	>=1 y <8	>=9 Y <15

EVALENCIA EL	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	TOTAL
asos nuevos EL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
asos antiguos EL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
nedio total trabajadores	16	16	16	16	16	0	0	0	0	0	0	0	7
VALENCIA	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	0

GRAFICO



ANALISIS

ENERO: No se presentaron casos de enfermedad laboral calilfcada.

FEBRERO: No se presentaron casos de enfermedad laboral calilfcada.

MARZO: No se presentaron casos de enfermedad laboral calilfcada.

ABRIL: No se presentaron casos de enfermedad laboral calilfcada.

MAYO: No se presentaron casos de enfermedad laboral calilfcada.

JUNIO:

JULIO:

AGOSTO:

SEPTIEMBRE:

OCTUBRE:

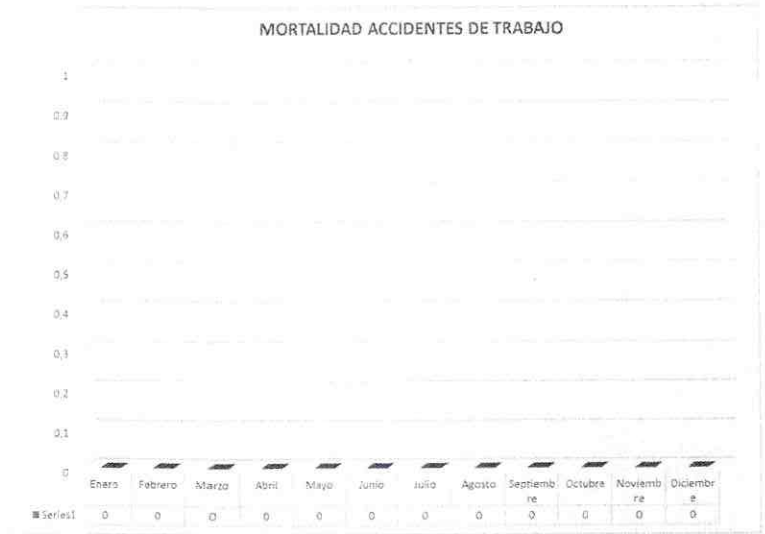
NOVIEMBRE:

DICIEMBRE:

inicion del Indicador	Número de accidentes de trabajo mortales en el año	Fuente de la Información para el calculo	Incapacidades por accidente de trabajo, Número de trabajadores vinculados
etivo del Indicador	Prevenir accidentes de trabajo mortales.	Perioricidad	Mensual
etivos del SGSST	Mantener 0 accidentes de trabajo mortales	Personas que deben conocer el resultado	REPRESENTANTE LEGAL COPASST COMITÉ DE CONVIVENCIA BRIGADA DE EMERGENCIA COPASST
rpretación del Indicador	En el año el x% de accidentes de trabajo fueron mortales	Clase del Indicador	Resultado
odo del cálculo	**NUMERADOR:** (Número de accidentes de trabajo mortales que se presentaron en el año) **DENOMINADOR:** (Total de accidentes de trabajo que se presentaron en el año) *100	Meta Anual	0,00
ites del Indicador	Aceptable 0 Accidentes Mortales	Regular Accidente Mortal 1	Deficiente 2 Accidentes Mortales

RTALIDAD ACCIDENTES	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	TOTAL
de accidentes de trabajo mortales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
l de accidentes de trabajo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RTALIDAD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

GRAFICO



ANALISIS

ENERO: No se presentaron accidentes mortales

FEBRERO: No se presentaron accidentes mortales

MARZO: No se presentaron accidentes mortales

ABRIL: No se presentaron accidentes mortales

MAYO: No se presentaron accidentes mortales

JUNIO:

JULIO:

AGOSTO:

SEPTIEMBRE:

OCTUBRE:

NOVIEMBRE:

DICIEMBRE:

CLORQUIMICOS LTDA	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	ELABORO	PROF.S.O
		REVISO	REP. LEGAL
	REGISTRO	APROBO	REP. LEGAL
		FECHA	10/01/2017
	SEVERIDAD 2024	CODIGO	SST-RG-004
		VERSION	2

inicion del Indicador	Número de días perdidos por accidente de trabajo en el mes	Fuente de la Información para el calculo	Incapacidades por accidente de trabajo, Número de trabajadores vinculados
etivo del Indicador	Medir los dias perdidos por accidente laboral	Perioricidad	Mensual
etivos del SGSST	Disminuir el 10% de la accidentalidad laboral en comparación al año anterior	Personas que deben conocer el resultado	REPRESENTANTE LEGAL COPASST COMITÉ DE CONVIVENCIA BRIGADA DE EMERGENCIA COPASST
rpretación del Indicador	Por cada cien (100) trabajadores que laboraron en el mes se perdieron X días por accidente laboral	Clase del Indicador	Resultado
odo del cálculo	**NUMERADOR:** Número de días de incapacidad por accidente de trabajo en el mes + número de días cargados en el mes **DENOMINADOR:** Número de trabajadores en el mes *100	Meta Anual	208

ites del Indicador	Aceptable	Regular	Deficiente
	<=208	>=209 y <=214	>=215

VERIDAD ACCIDENTES	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	TOTAL
nero de días de incapacidad por dente de trabajo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
nero de días cargados en el mes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
nero de trabajadores en el mes	16	16	16	16	16	0	0	0	0	0	0	0	80
ICE DE SEVERIDAD	0	0	0	0	0	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	0

GRAFICO



ANALISIS

ENERO: INDICECE DE SEVERIDAD 0%

FEBRERO: INDICE SEVERIDAD 0 %

MARZO: INDICE DE SEVERIDAD 0%

ABRIL: INDICE DE SEVERIDAD 0%

MAYO: INDICE DE SEVERIDAD 0 %

JUNIO:

JULIO:

AGOSTO:

SEPTIEMBRE:

OCTUBRE:

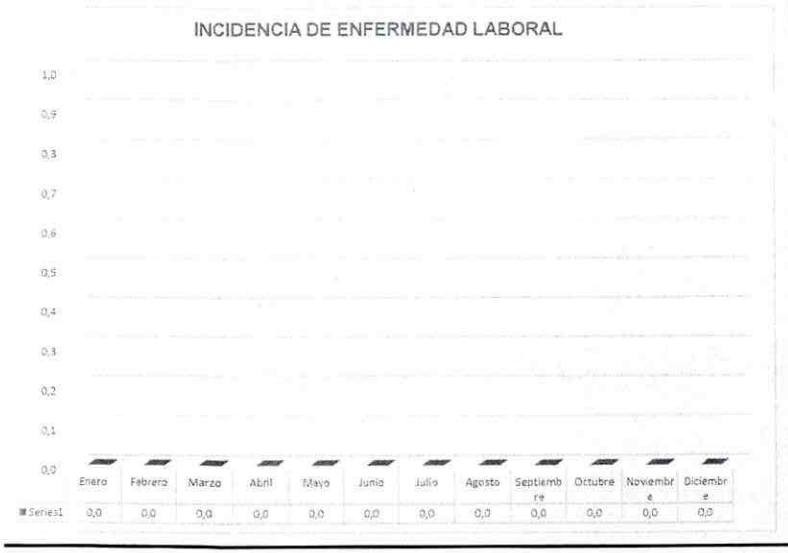
NOVIEMBRE:

DICIEMBRE:

	INCIDENCIA 2024		VERSION 2
inicion del Indicador	Número de casos nuevos de enfermedad laboral en una población determinada en un periodo de tiempo.	Fuente de la Información para el calculo	Incapacidades por accidente de trabajo
etivo del Indicador	Prevenir enfermedades laborales calificadas	Perioricidad	Anual
etivos del SGSST	Mantener 0 casos de enfermedad laboral	Personas que deben conocer el resultado	REPRESENTANTE LEGAL COPASST COMITÉ DE CONVIVENCIA BRIGADA DE EMERGENCIA COPASST
rpretación del Indicador	Por cada 100.000 trabajadores existen X casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo Z	Clase del Indicador	Resultado
odo del cálculo	**NUMERADOR:** (Número de casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo Z) **DENOMINADOR:** Promedio de trabajadores en el periodo Z)*100000	Meta Anual	0,00
ites del Indicador	Aceptable 0	Regular >=1 y <8	Deficiente >=8 Y <15

IDENCIA EL	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	TOTAL
asos nuevos EL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
nedio total trabajadores	16	16	16	16	16	0	0	0	0	0	0	0	16
IDENCIA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	0,0

GRAFICO



ANALISIS

ENERO: No se presentaron casos nuevos de enfermedad laboral caliifcada.

FEBRERO: No se presentaron casos nuevos de enfermedad laboral caliifcada.

MARZO: No se presentaron casos nuevos de enfermedad laboral caliifcada.

ABRIL: No se presentaron casos nuevos de enfermedad laboral caliifcada.

MAYO: No se presentaron casos nuevos de enfermedad laboral caliifcada.

JUNIO:

JULIO:

AGOSTO:

SEPTIEMBRE:

OCTUBRE:

NOVIEMBRE:

DICIEMBRE:

IBAL 25 AÑOS / SIG	FICHA TECNICA DE EVALUACION Y REEVALUACION DE PROVEEDORES SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	**CÓDIGO:** GJ-R-056 **FECHA VIGENCIA:** 2021/07/15 **VERSIÓN: 01** **Página 1 de 2**

Evaluación: X Fecha evaluación 5-jun.-24 Reevaluación: Fecha reevaluación:

Acta Parcial N° 2 Acta Final

INFORMACION DEL CONTRATO

NUMERO Y FECHA: 40 DEL 01 DE ABRIL DE 2024

NOMBRE DEL PROVEEDOR O CONTRATISTA:	NIT:	809.002.262-7
CLORQUIMICOS LTDA	C.C.:	38.247.423
FECHA DE INICIO: 11 DE ABRIL DE 2024	FECHA DE TERMINACION: 10 DE MARZO DE 2025	

OBJETO DEL CONTRATO: SUMINISTRO DE HIPOCLORITO DE SODIO COMO QUIMICO DESINFECTANTE PARA LA POTABILIZACION DE AGUA CRUDA Y MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA EN LAS PTAP Y DEMAS ACTIVIDADES QUE POR DEMANDA SEAN REQUERIDAS DENTRO DEL IBAL SA ESP OFICIAL

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

ASPECTOS A EVALUAR DEL CONTRATISTA

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

2. SUMINISTRO Y ADQUISICION

CRITERIOS CUMPLIMIENTO Y OPORTUNIDAD	PUNTAJE	CRITERIOS EN LA EJECUCION DEL CONTRATO	PUNTAJE
OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE BIENES	5	ATENCION DE REQUERIMIENTOS POR LA CALIDAD DEL SUMINISTRO ADQUIRIDO	
CANTIDADES DE ENTREGA DE BIENES	5	SUMINISTRO DE REPUESTOS E INSUMOS	5
TIEMPO DE RESPUESTA A REQUERIMIENTOS	5	ALMACENAMIENTO Y BODEGAJE	5
CUMPLIMIENTO EN LOS TERMINOS PARA LEGALIZAR EL CONTRATO Y SUS ADICIONES	5	SERVICIO POSTVENTA	
TOTAL PROMEDIO	**5,00**	ENTREGA OPORTUNA DE FACTURA	5
		CUMPLIMIENTO A LOS REQUERIMIENTOS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	5
CRITERIOS DE CALIDAD	**PUNTAJE**	**TOTAL PROMEDIO**	**5,00**
CALIDAD Y/O CONFORMIDAD EN LAS ACTIVIDADES REALIZADAS	5	**EVALUACION TOTAL**	**5,00**
DEVOLUCIONES, CAMBIOS DE MERCANCIA Y GARANTIAS			
FUNCIONAMIENTO	5		
TOTAL PROMEDIO	**5,00**		

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 evaluaron criterios cumplimiento y calidad evidenciando que el contratista cumplio con lo solicitado, de acuedo a las descripciones calificadas

OBSERVACIONES AL RESULTADO DE LA EVALUACION X **REEVALUACION** **POR PARTE DEL CONTRATISTA:**

	FICHA TECNICA DE EVALUACION Y REEVALUACION DE PROVEEDORES SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: GJ-R-056 FECHA VIGENCIA: 2021/07/15 VERSIÓN: 01 Página 1 de 2

Estoy conforme y de acuerdo con la evaluacion realizada, no tengo ninguna observacion

INTERPONE RECURSO DE REPOSICION	SI		NO	x
INTERPONE RECURSO DE APELACION	SI		NO	x

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

La Suspensión a que hace referencia el presente artículo se extenderá por igual termino a cada uno de los integrantes de Consorcios o Uniones Temporales que en el proceso de reevaluación hayan obtenido una calificación inferior a tres (3).

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

JORGE FERNANDO DUQUE CUARTAS

NOMBRES APELLIDOS Y FIRMA DEL SUPERVISOR

MARIA NELSY FRANCO

NOMBRES APELLIDOS Y FIRMA DEL CONTRATISTA

IBAL 25 AÑOS / SIG	**ORDEN DE COMPRA** **SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN**	**CODIGO :** AF-R-204 **FECHA VIGENCIA :** 2016-11-09 **VERSION :** 01 **Página :** 1 **de** 1

Fecha del proceso: 4/06/2024 **Contrato :**

Proveedor: [809002262] CLORQUIMICOS LTDA **Nit:** 809002262

Direccion: CR 6 29 - 27

Telefono: 2647873 **Ciudad:** IBAGUE

Comprador: ERIKA MELLISA PALMA HUERTAS
52905413

Orden de Compra: 20240202

REFERENCIA	DESCRIPCION	%IVA	LOCAL	U.M	CANTIDAD	VR.UNITARIO	IVA	VR.TOTAL
103-3001	HIPOCLORITO DE SODIO	19	B01	KILOGRAMO	3,000.00	2,000.00	1,140,000.00	7,140,000.00

OBSERVACION :

SUB- TOTAL	VALOR IVA	TOTAL
6,000,000.00	1,140,000.00	7,140,000.00

ELABORADO POR

APROBADO POR

RECIBIDO POR

	ENTRADA POR COMPRAS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CODIGO : AF-R-205 FECHA VIGENCIA : 2016-11-09 VERSION : 05 Página : 1 de 1

Fecha del proceso: 5/06/2024 **Numero:** 20240148

Proveedor: [809002262] CLORQUIMICOS LTDA **Nit:** 809002262

Direccion: CR 6 29 - 27

Telefono: 2647873 **Ciudad:** IBAGUE

Comprador: ERIKA MELISSA PALMA HUERTAS

Orden de Compra: 20240202

REFERENCIA	DESCRIPCION	LOCAL	U.M	CANTIDAD	VR.UNITARIO	VALOR TOTAL IV INCLUIDO
103-3001	HIPOCLORITO DE SODIO	B01	KILOGRAMO	3,000.00	2,380.00	7,140,000.00

TOTAL 7,140,000.00

OBSERVACION :
FACTURACION ELECTRONICA DE VENTA No 05 037199

Elaboro: **Reviso:** **Aprobo:**

IBAL 25 AÑOS SIG	**ENTREGA DE MATERIALES** **SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN**	**CODIGO :** AF-R-203 **FECHA VIGENCIA :** 2016-11-09 **VERSION :** 05 **Página :** 1 **de** 1

SALIDA DE ALMACEN

CONCEPTO :

NUMERO : 20242510

FECHA : 7/06/2024

NIT/ CC : 14297818 **NOMBRE :** [14297818] ANDRES ORLANDO WALTERO ANGARITA

ITEM	CODIGO	DESCRIPCION	CENTRO DE COSTO	BODEGA	U. MEDIDA	CANT	VR.UNI	VR. TOTAL
1	103-3001	HIPOCLORITO DE SODIO	REDES DE ACUEDUCTO	B01BODEG	KILOGRAMO	3,000	2,380.00	7,140,000.00

CANTIDAD : 3,000 **TOTAL $:** 7,140,000.00

CLORQUIMICOS LTDA.
NIT : 809,002,262 - 7
CR 6 29 27
IBAGUE - COLOMBIA
2658020 3187440116
facturacion@clorquimicos.com
Responsables de iva - No somos autorretenedores
Actividad Económica 4664 Tarifa 8,00

Cliente	EMPRESA IBAGUEREÑA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO S.A. E.S.P. OFICIAL		
NIT	800,089,809 - 6	**Teléfono**	2756000
Dirección	CR 3 1 04 BRR LA POLA	**Vendedor**	CARVAJAL DIANA PATRICIA
Ciudad	IBAGUE - COLOMBIA	**Centro Costo**	1
Correo	sistemas@ibal.gov.co		

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
05 37199

Fecha y Hora de Factura

Generación	2024-06-05	11:21:20
Expedición	2024-06-05	11:43:19
Vencimiento	2024-07-05	

Item	Código	Descripción	Unic	Cant	IVA %	V. Unit	Valor Total
1	0010001000013	HIPOCLORITO DE SODIO 15% KILO	KG	3,000.00	19,00	2,000.00	6,000,000.00

Total Items 1

Total Bruto	6,000,000.00
IVA	1,140,000.00
Total a Pagar	**$ 7.140.000,00**

CONDICION DE PAGO

Credito	Credito	Efectivo	Cuota 1 F - 005- 37199 Vence el 2024-07-05	7.140.000,00

VALOR EN LETRAS

Siete Millones Ciento Cuarenta Mil Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

SEGUN CONTRATO # 040

Firma Elaborado por : MILLER CARVAJAL

Firma Recibido

DESPUES DE 2 DIAS, NO SE ACEPTAN CAMBIOS NI DEVOLUCIONES GRACIAS

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. **Resolución y/o Autorización de facturación No.** 18764070174151 **aprobado en** 2024-05-04 **hasta el** 2025-04-29, **vigencia** 12 Meses, **prefijo** 05 **desde el número** 37020 **al** 50000

CUFE :1fdfbf247510bb4473f7d7a00603374c14ebae4bdcc7017687bebc19bb1c258fef4dde2ee66b439123b6700f61264053

ORIGINAL

Elaborado por Software Siigo Pyme y enviado electrónicamente por proveedor tecnológico Siigo. Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8