

|                                               |                                        |           |                   |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------|-----------|-------------------|
| <b>CONSORCIO</b><br><b>INTERAGRUPOACIONES</b> | <b>CONTROL DE SEGURIDAD INDUSTRIAL</b> | CÓDIGO:   | <b>F-GG-24</b>    |
|                                               |                                        | VERSIÓN:  | <b>01</b>         |
|                                               | <b>GERENCIA DE PROYECTOS</b>           | VIGENCIA: | <b>2020-10-19</b> |

|                            |                              |                                     |           |                       |
|----------------------------|------------------------------|-------------------------------------|-----------|-----------------------|
| <b>TIPO DE CONTRATO:</b>   | CONTRATO DE OBRA             |                                     |           |                       |
| <b>NÚMERO DE CONTRATO:</b> | 2391 de 2023                 | <b>PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL</b> | 05-feb-24 | <b>Y EL</b> 24-feb-24 |
| <b>CONTRATISTA:</b>        | CONSORCIO SEDE MARSAP        |                                     |           |                       |
| <b>INTERVENTOR:</b>        | CONSORCIO INTERAGRUPOACIONES |                                     |           |                       |

| DESCRIPCIÓN                                                    | ESTADO |            | OBSERVACIONES                                                                       |
|----------------------------------------------------------------|--------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                | Bueno  | Deficiente |                                                                                     |
| MAQUINARIA - EQUIPO                                            |        |            |                                                                                     |
| - Estado del equipo                                            | x      |            | se observan en buen estado                                                          |
| - Regularidad del mantenimiento                                | x      |            | no se han reportado por parte del contratista                                       |
| - Vibraciones /Ruidos                                          | x      |            | se observan en buen estado                                                          |
| - Protecciones / Guardas / Frenos                              |        |            | N.A                                                                                 |
| - Idoneidad operarios                                          | x      |            | se observa trabajo en condiciones seguras.                                          |
|                                                                |        |            |                                                                                     |
| DOTACIÓN CAMPAMENTO                                            |        |            |                                                                                     |
| - Dotación completa                                            |        |            | N.A.                                                                                |
| - Buen estado                                                  |        |            | N.A.                                                                                |
| - Fácil acceso y operación                                     |        |            | N.A.                                                                                |
|                                                                |        |            |                                                                                     |
| DOTACIÓN DEL PERSONAL                                          |        |            |                                                                                     |
| - Dotación completa                                            | x      |            |                                                                                     |
| - Buen estado                                                  | x      |            |                                                                                     |
| - Uso según zona de trabajo                                    | x      |            |                                                                                     |
|                                                                |        |            |                                                                                     |
| SEÑALIZACIÓN, DEMARCACIÓN, ILUMINACIÓN                         |        |            |                                                                                     |
| - Uso permanente                                               | x      |            | Se observa señalización correspondiente a la delimitación de las zonas del proyecto |
| - Uso según zona de trabajo                                    | x      |            | Se observa señalización correspondiente al area de trabajo                          |
|                                                                |        |            |                                                                                     |
| VIGILANCIA                                                     |        |            |                                                                                     |
| - Personal suficiente                                          |        |            | N.A.                                                                                |
| - Diurna                                                       |        |            | N.A.                                                                                |
| - Nocturna                                                     |        |            | N.A.                                                                                |
|                                                                |        |            |                                                                                     |
| EMERGENCIAS                                                    |        |            |                                                                                     |
| - Convenio centro de asistencia                                | x      |            | Se observa listado de numeros de emergncia.                                         |
| - Afiliación del Personal al Sistema de seguridad social y ARP | x      |            | Se registra docuemnación previa al ingreso de afiliación al SGSSS.                  |
|                                                                |        |            |                                                                                     |

Firma:

Nombre:

**OMAR ANDRES CAMPOS**  
**DIRECTOR DE INTERVENTORÍA**