DOCUMENTOS ACTA 01 CONT 089-24 SANDRA EDITH PUENTES

De Dolly Camacho <dolly.camacho@ibal.gov.co>
Destinatario Sgeneral <sgeneral@ibal.gov.co>
Fecha 2024-09-18 14:58

DOCUMENTOS ACTA 01 CONT 089-24 SANDRA EDITH PUENTES.PDF (~9,7 MB)

-- ADJUNTO PARA TRÁMITE PERTINENTE



IBAL SA 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 septiembre de 2024

18-09-2024 2:49 p.m.
Radi. 2024 04452

Doctor
IVAN ALFREDO QUESADA AMAYA
Secretario General
IBAL S.A. ESP. OFICIAL
Ibagué

REF: ENVIO SOPORTES PARA TRAMITE DE CUENTA DEL CONTRATO DE SERVICIO N° 089 del 01 de agosto de 2024 – 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. 01

1. FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No. FESF – 325
2. ACTA PARCIAL No. 01
3. FICHA TECNICA DE EVALUACION DE PROVEEDORES
4. INFORME TECNICO DEL SERVICIO
5. PLANILLA RESUMEN GENERAL DE PAGO SEGURIDAD SOCIAL DEL CONTRATISTA Y TRABAJADORES
6. DOCUMENTOS DEL SSST

Atentamente,

WILINTON JARAMILLO HERRERA
Profesional Especializado III Gestión Recursos Físicos
Y Servicios Generales

Proyectó// Jennifer C.

IBAL S.A ESP OFICIAL / SIG	ACTA PARCIAL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CÓDIGO: GJ-R-033 FECHA VIGENCIA: 2022-11-28 VERSIÓN: 08 Página 1 de 2

Contrato No.	**089 DEL 01 DE AGOSTO DE 2024.**
Objeto	**"CONTRATAR EL SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LAS REDES ELECTRICAS (INCLUYE ALARMAS, UPS), PLANTAS ELECTRICAS Y AIRES ACONDICIONADOS, DE TODAS LAS INSTALACIONES ELÉCTRICAS DE PROPIEDAD DEL IBAL S.A ESP OFICIAL".**
Valor del Contrato	**CIEN MILLONES SEISCIENTOS DIECINUEVE MIL SETECIENTOS VEINTIOCHO PESOS ($100.619.728.oo) MCTE.**
Contratista	**SANDRA EDITH PUENTES DELGADO/ MULTISERVICIOS FUNCIONALES.**
Supervisor	**WILINTON JARAMILLO HERRERA – Profesional Especializado III Gestión Recursos Físicos y Servicios Generales**
Fecha de Inicio	**14 DE AGOSTO DE 2024.**
Fecha de terminación	**13 DE ABRIL DE 2025.**
Plazo de Ejecución	**OCHO (08) MESES.**

FECHA DE ELABORACIÓN DEL ACTA PARCIAL	**Año**	**Mes**	**Día**
	2024	09	18

En la ciudad de Ibagué, en la fecha antes indicada, contratista y supervisor suscriben la presente Acta Parcial No. 01 del contrato antes identificado. Para completar y soportar los trámites necesarios para su correspondiente pago.

Periodo informado	14 de agosto al 13 de septiembre de 2024.
Informe de las actividades desarrolladas y avaladas por el supervisor	• Mantenimiento preventivo, correctivo, revisiones, inspección y diagnóstico de Aires Acondicionados. • Mantenimiento preventivo, correctivo, revisiones, inspección y diagnostico a las Redes Eléctricas, (dispositivos de conexión eléctrica, y demás elementos indispensables para este servicio). Incluye alarmas. • Mantenimiento preventivo, correctivo, revisiones, inspección y diagnóstico de Plantas Electricas • Documentos SSST.
Evidencias de la ejecución del contrato	➢ Informe con registro fotográfico. ➢ Solicitudes del servicio a las diferentes Procesos.

ITEM	DETALLE DEL BIEN	CPC CODIGO	CPC DESCRIPCION	CANT	VALOR UNITARIO	VALOR SOLICITADO PRESUPUESTALMENTE	VALOR ACTA	SALDO PRESUPUESTAL
1	Mantenimiento de Redes Eléctricas	54611	Servicios de instalación de cables y otros dispositivos eléctricos	1	$5.295.774.89	$42.366.200	$5.295.774.89	$37.070.425.11
2	Mantenimiento Plantas Eléctricas	8715203	Servicio de mantenimiento y reparación de aparatos de distribución y control de la energía eléctrica	1	$4.339.593.23	$34.716.746	$4.339.593.23	$30.377.152.77
3	Mantenimiento de Aires Acondicionados	8711099	Servicio de mantenimiento y reparación de otros productos metálicos elaborados n.c.p.	1	$2.942.097.69	$23.536.782	$2.942.097.69	$20.594.684.31
						VALOR PRESENTE ACTA	$12.577.465.81	

ESTADO DE CUENTA	
Valor Contrato	**$ 100.619.728.00**
Valor Acta No. 01	$ 12.577.465.81
Saldo (Valor pendiente para	$ 88.042.262.19

pago)				
APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL				
PERSONA NATURAL				
Entidad en donde se realiza el pago.	PLANILLAS SOI - DAVIVIENDA		**Valor total del aporte**	**$ 2.744.000.oo**
Planilla No.	7938624393		**Salud**	$ 1.074.000.oo
Periodo cotizado	**De:**	01 Agosto	**Pensión**	$ 1.460.700.oo
	Hasta:	30 Agosto	**ARL**	$ 209.300.oo
Entidad en donde se realiza el pago.	PLANILLAS SOI - DAVIVIENDA		**Valor total del aporte**	**$ 6.148.200.oo**
Planilla No.	7939537745		**Salud**	$ 810.100.oo
Periodo cotizado	**De:**	01 Agosto	**Pensión**	$ 3.239.800.oo
	Hasta:	30 Agosto	**ARL**	$ 1.326.200.oo
			CCF	$ 772.100.oo

ANEXOS:	Marque con x
Factura Electrónica de Venta	**X**
Informe Técnico Actividades realizadas del periodo del 14 de agosto al 13 de septiembre de 2024	**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	Sandra Edith Puentes	
Nombre	**SANDRA EDITH PUENTES DELGADO**	**WILINTON JARAMILLO HERRERA**
	Contratista	**Supervisor**
V° B° Profesional Salud Ocupacional IBAL	**CLAUDIA COMBITA ZAMBRANO**	

Ibagué 16 de septiembre de 2024

Señores:
IBAL SA ESP OFICIAL
Ibagué

Asunto: Presentación del primer informe de actividades del contrato No. 089 del 01 de agosto de 2024.

De manera formal me permito remitir el primer informe de actividades del contrato No. 01 de agosto de 2024 cuyo objeto es: " **CONTRATAR EL SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LAS REDES ELECTRICAS (INCLUYE ALARMAS, UPS), PLANTAS ELECTRICAS Y AIRES ACONDICIONADOS DE TODAS LAS INSTALACIONES DE PROPIEDAD DEL IBAL SA ESP OFICIAL,** correspondiente al periodo de tiempo comprendido entre el 14 de Agosto al 14 de septiembre de 2024.

Anexo

- Pago de seguridad social
- Informe de actividades #1
- Registro fotográfico de actividades
- Informe SISO
- Factura

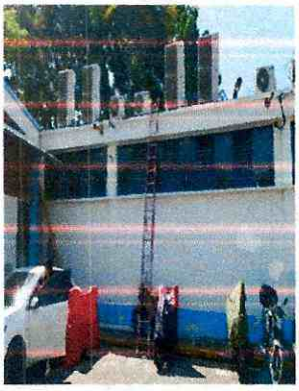
Atentamente,

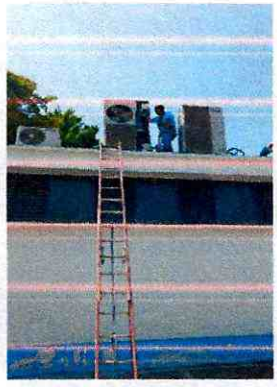
SANDRA EDITH PUENTES DELGADO
Gerente Multiservicios Funcionales

3177979630 - 3147326693
multiserviciosfuncionales1@hotmail.com
Cra. 4 # 10-12 Centro. Edificio punto central
Oficina 310. Ibagué Tolima

MultiServicios Funcionales

A/A #3 tipo cassette de 42000btu/220vac/R410A / pb:55psi ubicacion ibal 60 ofic.



A/A #2 tipo cassette de 42000btu/220vac amperaje 6.4 /R410A / pb: 85psi.






Se limpian filtros aire acondicionado 3, se va a instalar filtros aire acondicionado 3.

3177979630 - 3147326693

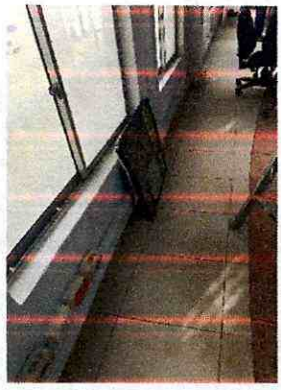
multiserviciosfuncionales1@hotmail.com

Cra. 4 # 10-12 Centro. Edificio punto central
Oficina 310. Ibagué Tolima

MultiServicios Funcionales

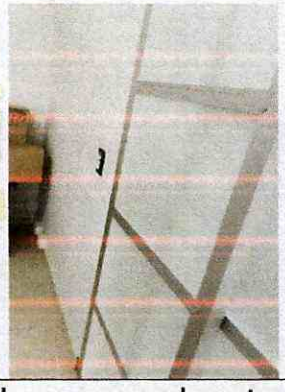
se limpiaron filtros del 4 aire y se instalaron de nuevo.



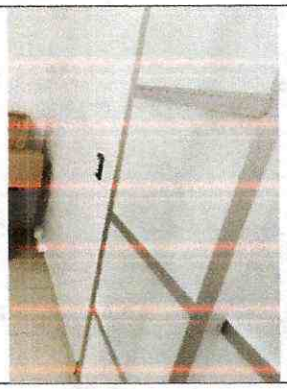


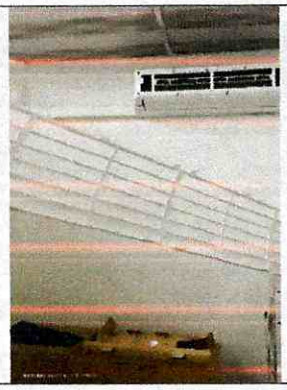

se va a empezar a llenar el refrijerante del aire acondicionado 1 y 2.



se deja hueco para para instalar interruptor sencillo, para prender y apagar la pata independiente.






3177979630 - 3147326693

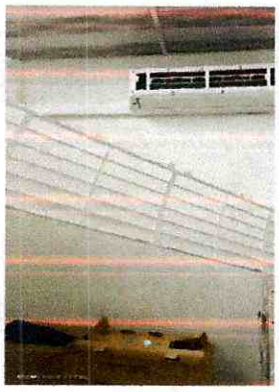
multiserviciosfuncionales1@hotmail.com

Cra. 4 # 10-12 Centro. Edificio punto central

Oficina 310. Ibagué Tolima

MultiServicios Funcionales

se quitan filtros para lavarlos, se lavaron y se instalaron.



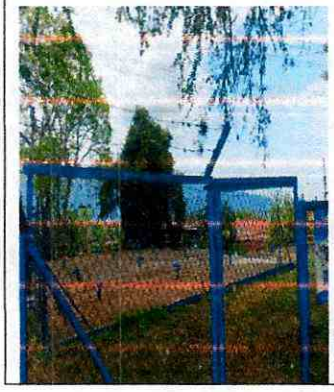


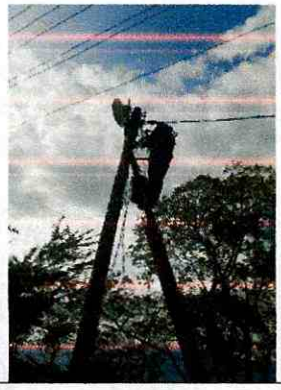






instalacion reflectores led de 100 w, tanque ibal picalena.






3177979630 - 3147326693

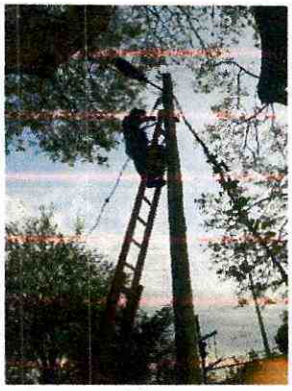
multiserviciosfuncionales1@hotmail.com

Cra. 4 # 10-12 Centro. Edificio punto central

Oficina 310. Ibagué Tolima

MultiServicios Funcionales

instalacion 02 reflectores led 150w/15000Lm/120vac.



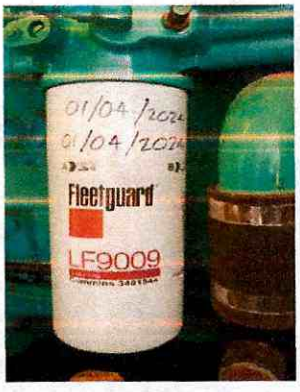



Panel de control o muestra información.









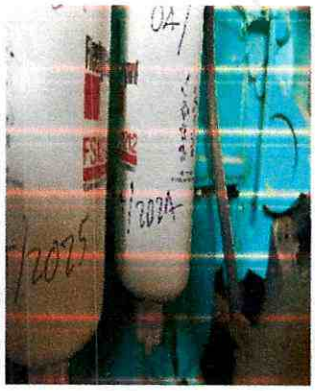



3177979630 - 3147326693

multiserviciosfuncionales1@hotmail.com

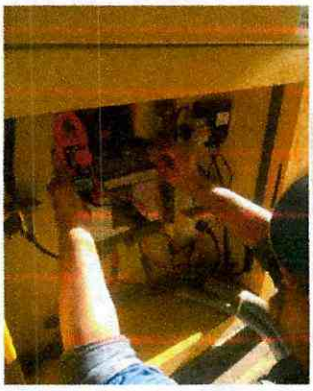
Cra. 4 # 10-12 Centro. Edificio punto central
Oficina 310. Ibagué Tolima

MultiServicios Funcionales






Toma de voltage lineas 1,2,3






Revicion rutina planta aelectrica combeima.







3177979630 - 3147326693

multiserviciosfuncionales1@hotmail.com

Cra. 4 # 10-12 Centro. Edificio punto central

Oficina 310. Ibagué Tolima

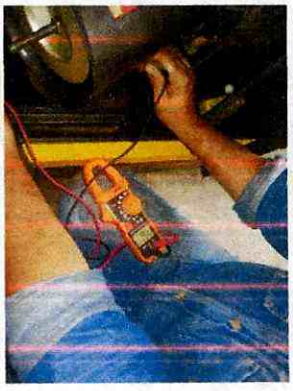
MultiServicios Funcionales

se coloca a trabajar la plata por caída de tencion.






verificacion carga bateria planta electrica bocatoma combeima.lectura voltage con cargador 13,7vdc, lectura voltage sin cargador 13,7vdc.








3177979630 - 3147326693

multiserviciosfuncionales1@hotmail.com

Cra. 4 # 10-12 Centro. Edificio punto central

Oficina 310. Ibagué Tolima

MultiServicios Funcionales

conteo regresivo para apagado, se apaga automáticamente 10.24 el ivek de esta planta de acpm está al máximo el sensor del acpm está en fall se revisa de nuevo el nivel de combustible planta eléctrica Pola está por encima de la mitad.

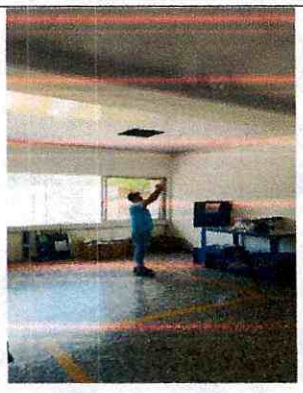





se van a cambiar dos lámparas de 60 x 60 laboratorio micromedicion.









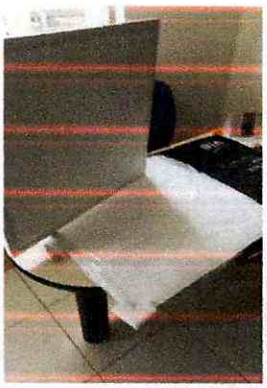

3177979630 - 3147326693

multiserviciosfuncionales1@hotmail.com

Cra. 4 # 10-12 Centro. Edificio punto central

Oficina 310. Ibagué Tolima

MultiServicios Funcionales








se van a cambiar 4 panel led de 24w incrustar en auditorio del agua.







3177979630 - 3147326693

multiserviciosfuncionales1@hotmail.com

Cra. 4 # 10-12 Centro. Edificio punto central
Oficina 310. Ibagué Tolima

MultiServicios Funcionales






se va a cambiar una de 24 w incrusta.











3177979630 - 3147326693

multiserviciosfuncionales1@hotmail.com

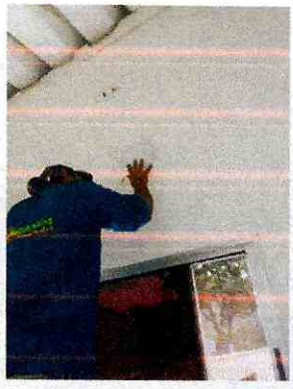
Cra. 4 # 10-12 Centro. Edificio punto central

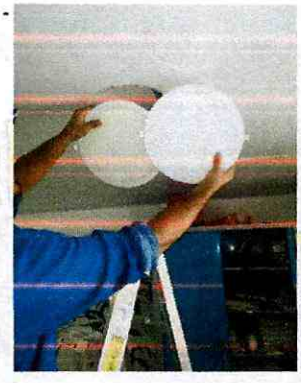
Oficina 310. Ibagué Tolima

MultiServicios Funcionales

instalacion lamparas led 24w y 18w oficina principal planta 1 y oficina mesanini.

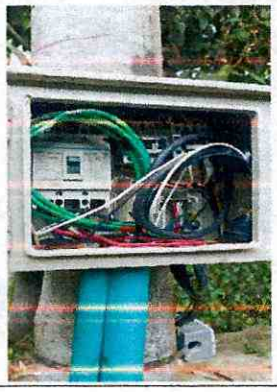






se instalan tomas 110 y 220 voltios en acometida bocatoma cai.

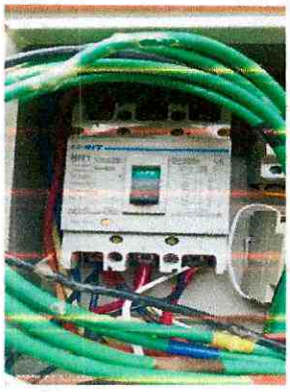


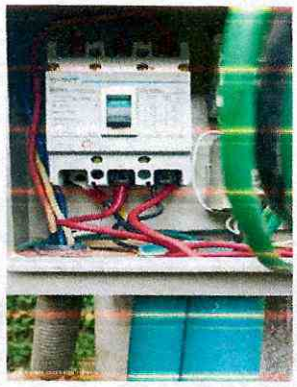
3177979630 - 3147326693

multiserviciosfuncionales1@hotmail.com

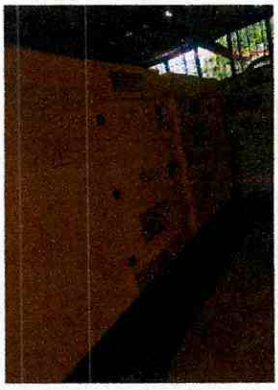
Cra. 4 # 10-12 Centro. Edificio punto central
Oficina 310. Ibagué Tolima

MultiServicios Funcionales

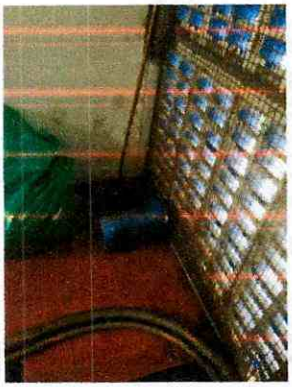


se efectuo limpieza general al cuarto de la planta electrica, consistente en limpieza paredes, recogida de aserin usado, limpieza de piso, limpieza camara insonora de la planta, limpieza motor, generador y tanque de combustible.





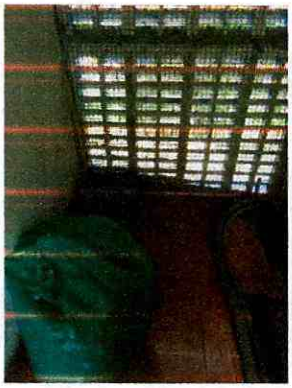



3177979630 - 3147326693

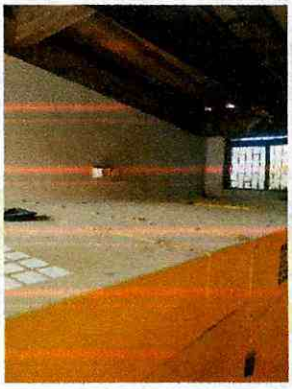
multiserviciosfuncionales1@hotmail.com

Cra. 4 # 10-12 Centro. Edificio punto central
Oficina 310. Ibagué Tolima

MultiServicios Funcionales

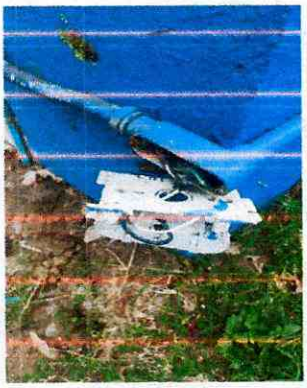







se arregla punto eléctrico del tanque ibal pola.






3177979630 - 3147326693

multiserviciosfuncionales1@hotmail.com

Cra. 4 # 10-12 Centro. Edificio punto central

Oficina 310. Ibagué Tolima

MultiServicios Funcionales





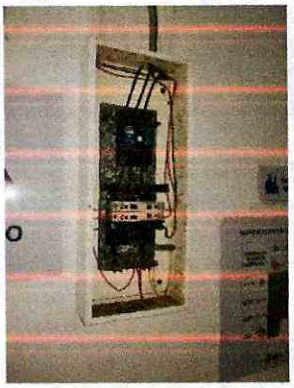

se efectua trabajo de modificacion e instalacion de tapa tablero de distribucion electrica ubicado en la bodega de quimicos de la PTAP No. 1 la pola.

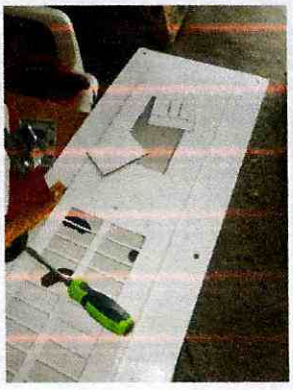










3177979630 - 3147326693

multiserviciosfuncionales1@hotmail.com

Cra. 4 # 10-12 Centro. Edificio punto central
Oficina 310. Ibagué Tolima

MultiServicios Funcionales
Nit.: 65.744.442-1

Comunicaciones, Telefonía, Electricidad, Redes y Refrigeración

ANEXO 1

PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL

Cra 4 # 10-12 centro edificio punto central oficina 309
teléfono - 317 797 9630 – 321 204 2249 Ibagué Tol.
Multiserviciosfuncionales1@hotmail.com

ANEXO 2.

EVIDENCIA CAPACITACIONES/SENSIBILIZACIONES

- **Inducción de SST a personal nuevo.**
- **Inducción al Cargo a persona nuevo.**
- **Prevención consumo del alcohol.**

INDUCCIÓN AL CARGO

MULTISERVICIOS FUNCIONALES

Correo *

lomelinjose2006@hotmail.com

NOMBRES Y APELLIOS DEL TABAJADOR QUE INGRESA *

jose gregorio lomelin guzman

CEDULA DE CIUDADANIA *

97446624

CARGO QUE VA A DESMPEÑAR? *

tec electricista

Acepta haber recibido información sobre las actividades a realizar, funciones, equipos herramientas a utilizar, procesos dentro de la empresa? *

- (●) SI
- ( ) No

Tiene alguna duda sobre las actividades a realizar? *

Recuerde No realizar actividades para las cuales no fue contratado, de tener alguna duda con respecto a los procesos preguntar al jefe inmediato o al personal con más antigüedad en la empresa,

- ○ SI
- ◉ No

Si en la respuesta anterior contesto Sí , describa cual , de lo contrario diligencie N.A *

N. A

Nombre de la persona responsable de brindar la inducción al cargo: *

yurani

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

INDUCCIÓN DE SST

MULTISERVICIOS FUNCIONALES

Correo *

lomelinjose2006@hotmail.com

Nombre(s) y Apellido(s)

jose gregorio lomelin guzman

Cargo

tecnico electricista

Quien certifica las incapacidades que le llegaran a dar por razones de salud? *

- (●) EPS
- ( ) MEDICO PARTICULAR

Una condición insegura es?

- (●) Comportamientos que podrían dar paso a la ocurrencia de un accidente o incidente y DEPENDEN DE LAS PERSONAS
- ( ) Son circunstancias que podrían dar paso a la ocurrencia de un accidente y DEPENDEN DEL AMBIENTE DONDE SE DESARROLLA LA TAREA.
- ( ) Ninguna de las anteriores
- ( ) Otro: _____

La empres cuenta con las politicas de:

- ( ) Politica Seguridad y salud en el trabajo-SST
- ( ) Politica de no consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaco
- ( ) Politica de prevención del acoso laboral
- (●) Todas las anteriores
- ( ) Ninguna de las anteriores

Sí le llegase a suceder un incidente y accidente de trabajo ud. debe:

- ( ) Omite el hecho
- (●) Reporta a su jefe inmediato
- ( ) Reporta a su compañero

La señal cuyo objeto o significado es "Precaución, Advertencia"es de colo

- ○ Azul
- ○ Rojo
- ◉ Amarillo

Es obligación del trabajador:

- ◉ Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud de la empresa SG-SST.
- ○ Inspeccionar los sitios de trabajo
- ○ Participar en la investigación de los accidentes de trabajo

Al observar una señal de color rojo que significado u objeto tiene? *

- ○ Precaución, advertencia
- ◉ Prohibición
- ○ Acción de mando

Por que medio debe hacer el reporte de sus condiciones de salud durante la pandemia?

telefonico

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Prevención del Consumo de Alcohol

Multisevicios funcionales

Nombres y Apellidos *

blaise steve Sánchez romero

Cedula *

1110485116

Cargo *

auxiliar

Nombre una de las consecuencia del alcohol *

problemas cardio vasculares

Cuanto ejercicios debe realizar para quemar a calorías de un vaso de cerveza? *

30 minutos andando a 5 kilometros

El limite de consumo de alcohol para el hombre en un día son 20 grms *

- (●) falso
- ( ) Verdadero

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Prevención del Consumo de Alcohol

Multisevicios funcionales

Nombres y Apellidos *

jose gregorio lomelin guzman

Cedula *

97446624

Cargo *

tec electricista

Nombre una de las consecuencia del alcohol *

problemas cardiovasculares

Cuanto ejercicios debe realizar para quemar a calorías de un vaso de cerveza? *

caminar 5km/h x 30min.

El limite de consumo de alcohol para el hombre en un día son 20 grms *

- ○ falso
- ◉ Verdadero

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

ANEXO 4.

PERMISO TRABAJO EN ALTURAS

Multiservicios Funcionales	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

[X] T. Eléctrico [ ] E. Confinados [ ] T. Alturas [ ] Excavaciones

Válido para el periodo, lugar, equipo, personal y trabajo indicado

Fecha: 14.08.24 Hora inicial: 8:00. AM Hora final: 4:30 PM.

Actividad a realizar: Mantenimiento A/A

Lugar de la actividad: Ibal Cll 60.

Frente de obra: Mina: Planta calle tercera:

EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDO

[X] Casco	[X] Gafas	[ ] Respirador	[ ] Mangas	[X] Arnés	[ ] Polainas
[ ] Tapaoidos	[ ] Careta	[X] Guantes	[ ] Peto	[ ] Autocontenido	[X] Botas

Otros:

EQUIPO DE EMERGENCIAS REQUERIDO

[X] Extintor [X] Camilla [X] Botiquín

Otros:

SISTEMA DE ACCESO/SALIDA REQUERIDO

[X] 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	✓		
Exámenes médicos (ingreso/periódico) al día	✓		
Exámenes médicos específicos al día	✓		
Entrenados y capacitados para la tarea	✓		
Certificaciones para realizar la tarea	✓		
Instruidos en los riesgos de la tarea	✓		
Dotación en buen estado	✓		
EPP's completos y en buen estado	✓		
Condiciones de salud óptimas	✓		

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	✓		
Área de trabajo delimitada	✓		
Área de trabajo señalizada	✓		
Piso y/o paredes en buenas condiciones	✓		
Puntos de anclaje seguros	✓		
Condiciones ambientales que permiten el trabajo seguro	✓		
Equipos y/o herramientas revisadas y en buen estado	✓		
Equipo de emergencias en buen estado	✓		
Sistema de acceso en buen estado (Barandas, escaleras, rampas, plataformas)	✓		
Sistemas eléctricos en óptimas condiciones	✓		
Distancia prudente (redes: eléctricas, gas, agua, etc.).	✓		
Mediciones ambientales (Iluminación, ruido, gases, etc.) cuando aplique	✓		
Material inflamable o explosivo alejado del área	✓		
Sistema de detención de caída de objetos (Redes)	✓		

ANEXOS

[X] 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	Jose Lomelin.	9744624		14 08. 24	8:00
Inspector SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas	Blaise Steve Sanchez	1110485116		14 08. 24	8:00.

CIERRE DEL PERMISO

RESPONSABLES	NOMBRE Y APELLIDOS	No. CÉDULA	FIRMA	FECHA	HORA
Encargado de la actividad	Jose Lomelin.	9744 6624		14 08. 24	4:30.
Inspector SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas	Blaise steve Sanchez	1110485116		16.08.24	4:30.

OBSERVACIONES:

VIGENCIA Y RENOVACIÓN	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7
Fecha	14	15	16.				
Valido desde (Hr)	8:00	8:00	8:00.				
Valido hasta (Hr)	4:30	4:30	4:30.				
Firma de apertura							
Firma de cierre							

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

Multiservicios Funcionales	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

[X] T. Eléctrico [ ] E. Confinados [ ] T. Alturas [ ] Excavaciones

Válido para el periodo, lugar, equipo, personal y trabajo indicado

Fecha: 16-08-24 Hora inicial: 2:30. Hora final: 5:30

Actividad a realizar: Reparación iluminación

Lugar de la actividad: Tanque Picaleno.

Frente de obra: Mina: Planta calle tercera:

EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDO

[X] Casco [X] Gafas [ ] Respirador [ ] Mangas [X] Arnés [ ] Polainas
[ ] Tapaoidos [ ] Careta [X] Guantes [ ] Peto [ ] Autocontenido [X] Botas

Otros:

EQUIPO DE EMERGENCIAS REQUERIDO

[X] Extintor [X] Camilla [X] 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	✓		
Exámenes médicos (ingreso/periódico) al día	✓		
Exámenes médicos específicos al día	✓		
Entrenados y capacitados para la tarea	✓		
Certificaciones para realizar la tarea	✓		
Instruidos en los riesgos de la tarea	✓		
Dotación en buen estado	✓		
EPP's completos y en buen estado	✓		
Condiciones de salud óptimas	✓		

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	✓		
Área de trabajo delimitada	✓		
Área de trabajo señalizada	✓		
Piso y/o paredes en buenas condiciones	✓		
Puntos de anclaje seguros	✓		
Condiciones ambientales que permiten el trabajo seguro	✓		
Equipos y/o herramientas revisadas y en buen estado	✓		
Equipo de emergencias en buen estado	✓		
Sistema de acceso en buen estado (Barandas, escaleras, rampas, plataformas)	✓		
Sistemas eléctricos en óptimas condiciones	✓		
Distancia prudente (redes: eléctricas, gas, agua, etc.).	✓		
Mediciones ambientales (Iluminación, ruido, gases, etc.) cuando aplique	✓		
Material inflamable o explosivo alejado del área	✓		
Sistema de detención de caída de objetos (Redes)	✓		

ANEXOS

[X] 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	Jose Lomelin.	97446624		16.08.24	2:30
Inspector SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas	Blaise Steve Sanchez	1110485116		16.08.24	2:30

CIERRE DEL PERMISO

RESPONSABLES	NOMBRE Y APELLIDOS	No. CÉDULA	FIRMA	FECHA	HORA
Encargado de la actividad	Jose Lomelin.	97446624		16.08.24	5:30
Inspector SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas	Blaise Steve Sanchez	1110485116		16.08.24	5:30

OBSERVACIONES:

VIGENCIA Y RENOVACIÓN	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7
Fecha	16						
Valido desde (Hr)	2:30						
Valido hasta (Hr)	5:30.						
Firma de apertura							
Firma de cierre							

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

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

[X] T. Eléctrico [ ] E. Confinados [ ] T. Alturas [ ] Excavaciones

Válido para el periodo, lugar, equipo, personal y trabajo indicado

Fecha: 24.08.24 Hora inicial: 8:00 Am. Hora final: 4:15 PM.

Actividad a realizar: Mantenimiento Preventivo A/A mini split

Lugar de la actividad: Ibal Cll 60

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

EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDO

[X] Casco [ ] Gafas [ ] Respirador [ ] Mangas [X] Arnés [ ] Polainas
[ ] Tapaoidos [X] Careta [X] Guantes [ ] Peto [ ] Autocontenido [X] Botas

Otros: _____

EQUIPO DE EMERGENCIAS REQUERIDO

[X] Extintor [X] Camilla [X] Botiquín

Otros: _____

SISTEMA DE ACCESO/SALIDA REQUERIDO

[X] 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	✓		
Exámenes médicos (ingreso/periódico) al día	✓		
Exámenes médicos específicos al día	✓		
Entrenados y capacitados para la tarea	✓		
Certificaciones para realizar la tarea	✓		
Instruidos en los riesgos de la tarea	✓		
Dotación en buen estado	✓		
EPP's completos y en buen estado	✓		
Condiciones de salud óptimas	✓		

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	✓		
Área de trabajo delimitada	✓		
Área de trabajo señalizada	✓		
Piso y/o paredes en buenas condiciones	✓		
Puntos de anclaje seguros	✓		
Condiciones ambientales que permiten el trabajo seguro	✓		
Equipos y/o herramientas revisadas y en buen estado	✓		
Equipo de emergencias en buen estado	✓		
Sistema de acceso en buen estado (Barandas, escaleras, rampas, plataformas)	✓		
Sistemas eléctricos en óptimas condiciones	✓		
Distancia prudente (redes: eléctricas, gas, agua, etc.).	✓		
Mediciones ambientales (Iluminación, ruido, gases, etc.) cuando aplique	✓		
Material inflamable o explosivo alejado del área	✓		
Sistema de detención de caída de objetos (Redes)	✓		

ANEXOS

[X] 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	Jose Lonelin.	97446624		24:08.24	8:00
Inspector SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas	Blaise Steve Sanchez	1110485116		24:08.24	8:00

CIERRE DEL PERMISO

RESPONSABLES	NOMBRE Y APELLIDOS	No. CÉDULA	FIRMA	FECHA	HORA
Encargado de la actividad	Jose Lonelin.	97446624		30:08.24	4:15
Inspector SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas	Blaise Steve Sanchez	1110485116		30:08.24	4:15

OBSERVACIONES:

VIGENCIA Y RENOVACIÓN	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7
Fecha	24	26	27	28	29	30	31
Valido desde (Hr)	8:00	8:00	8:00	8:00	8:00	8:00	8:00
Valido hasta (Hr)	4:15	4:15	4:15	4:15	4:15	4:15	4:15
Firma de apertura							
Firma de cierre							

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

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

[X] T. Eléctrico [ ] E. Confinados [ ] T. Alturas [ ] Excavaciones

Válido para el periodo, lugar, equipo, personal y trabajo indicado

Fecha: 29.08.24 Hora inicial: 9:00 Hora final: 11:00

Actividad a realizar: Revisar y templar cable de poste a poste.

Lugar de la actividad: Zbal Pola Planta 2.

Frente de obra: Mina: Planta calle tercera:

EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDO

[X] Casco [ ] Tapaoidos [X] Gafas [ ] Careta [ ] Respirador [X] Guantes [ ] Mangas [ ] Peto [X] Arnés [ ] Autocontenido [ ] Polainas [X] Botas

Otros:

EQUIPO DE EMERGENCIAS REQUERIDO

[X] Extintor [X] Camilla [X] Botiquín

Otros:

SISTEMA DE ACCESO/SALIDA REQUERIDO

[X] 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	✓		
Exámenes médicos (ingreso/periódico) al día	✓		
Exámenes médicos específicos al día	✓		
Entrenados y capacitados para la tarea	✓		
Certificaciones para realizar la tarea	✓		
Instruidos en los riesgos de la tarea	✓		
Dotación en buen estado	✓		
EPP's completos y en buen estado	✓		
Condiciones de salud óptimas	✓		

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	✓		
Área de trabajo delimitada	✓		
Área de trabajo señalizada	✓		
Piso y/o paredes en buenas condiciones	✓		
Puntos de anclaje seguros	✓		
Condiciones ambientales que permiten el trabajo seguro	✓		
Equipos y/o herramientas revisadas y en buen estado	✓		
Equipo de emergencias en buen estado	✓		
Sistema de acceso en buen estado (Barandas, escaleras, rampas, plataformas)	✓		
Sistemas eléctricos en óptimas condiciones	✓		
Distancia prudente (redes: eléctricas, gas, agua, etc.).	✓		
Mediciones ambientales (Iluminación, ruido, gases, etc.) cuando aplique	✓		
Material inflamable o explosivo alejado del área	✓		
Sistema de detención de caída de objetos (Redes)	✓		

ANEXOS

[X] 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	Jose Lomelin	97446624		29.08.24	9:00
Inspector SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas	Blaise Steve Sanche:	1110485716		29.08.24	9:00

CIERRE DEL PERMISO

RESPONSABLES	NOMBRE Y APELLIDOS	No. CÉDULA	FIRMA	FECHA	HORA
Encargado de la actividad	Jose Lomelin	97446624		29.08.24	11:00
Inspector SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas	Blaise Steve Sanche:	1110485716		29.08.24	11:00

OBSERVACIONES:

VIGENCIA Y RENOVACIÓN	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7
Fecha	29						
Valido desde (Hr)	9:00						
Valido hasta (Hr)	11:00						
Firma de apertura							
Firma de cierre							

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

MultiServicios Funerarios	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

[X] T. Eléctrico [ ] E. Confinados [ ] T. Alturas [ ] Excavaciones

Válido para el periodo, lugar, equipo, personal y trabajo indicado

Fecha: 30.08.24 Hora inicial: 9:00 Hora final: 12:00

Actividad a realizar: Revisión, Mantenimiento Preventivo, Aire Acondicionados A/A

Lugar de la actividad: PTAR. Arboleda Campestre.

Frente de obra: Mina: Planta calle tercera:

EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDO

[X] Casco	[X] Gafas	[ ] Respirador	[ ] Mangas	[X] Arnés	[ ] Polainas	
[ ] Tapaoidos	[ ] Careta	[X] Guantes	[ ] Peto	[ ] Autocontenido	[X] Botas	

Otros:

EQUIPO DE EMERGENCIAS REQUERIDO

[X] Extintor [X] Camilla [X] Botiquín

Otros:

SISTEMA DE ACCESO/SALIDA REQUERIDO

[X] 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	✓		
Exámenes médicos (ingreso/periódico) al día	✓		
Exámenes médicos específicos al día	✓		
Entrenados y capacitados para la tarea	✓		
Certificaciones para realizar la tarea	✓		
Instruidos en los riesgos de la tarea	✓		
Dotación en buen estado	✓		
EPP's completos y en buen estado	✓		
Condiciones de salud óptimas	✓		

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	✓		
Área de trabajo delimitada	✓		
Área de trabajo señalizada	✓		
Piso y/o paredes en buenas condiciones	✓		
Puntos de anclaje seguros	✓		
Condiciones ambientales que permiten el trabajo seguro	✓		
Equipos y/o herramientas revisadas y en buen estado	✓		
Equipo de emergencias en buen estado	✓		
Sistema de acceso en buen estado (Barandas, escaleras, rampas, plataformas)	✓		
Sistemas eléctricos en óptimas condiciones	✓		
Distancia prudente (redes: eléctricas, gas, agua, etc.).	✓		
Mediciones ambientales (Iluminación, ruido, gases, etc.) cuando aplique	✓		
Material inflamable o explosivo alejado del área	✓		
Sistema de detención de caída de objetos (Redes)	✓		

ANEXOS

[X] 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	Jose Lomelin.	97446624		30.08.24	9:00
Inspector SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas	Blaise Steve Sanchez	1110485116		30.08.24	9:00

CIERRE DEL PERMISO

RESPONSABLES	NOMBRE Y APELLIDOS	No. CÉDULA	FIRMA	FECHA	HORA
Encargado de la actividad	Jose. Lomelin	97446624		30.08.24	12:00
Inspector SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas	Blaise. Steve Sanchez	1110485116		30.08.24	12:00

OBSERVACIONES:

VIGENCIA Y RENOVACIÓN	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7
Fecha	30						
Valido desde (Hr)	9:00						
Valido hasta (Hr)	12:00						
Firma de apertura							
Firma de cierre							

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

MultiServicios Funcionales	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

[X] T. Eléctrico [ ] E. Confinados [ ] T. Alturas [ ] Excavaciones

Válido para el periodo, lugar, equipo, personal y trabajo indicado

Fecha: 30.08.24 Hora inicial: 2:30 Hora final: 4:30

Actividad a realizar: Reparación Iluminación Exterior

Lugar de la actividad: Ibal polo

Frente de obra: Mina: Planta calle tercera:

EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDO

[X] Casco [ ] Tapaoidos [X] Gafas [ ] Careta [ ] Respirador [X] Guantes [ ] Mangas [ ] Peto [X] Arnés [ ] Autocontenido [ ] Polainas [X] Botas

Otros:

EQUIPO DE EMERGENCIAS REQUERIDO

[X] Extintor [X] Camilla [X] Botiquín

Otros:

SISTEMA DE ACCESO/SALIDA REQUERIDO

[X] 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	✓		
Exámenes médicos (ingreso/periódico) al día	✓		
Exámenes médicos específicos al día	✓		
Entrenados y capacitados para la tarea	✓		
Certificaciones para realizar la tarea	✓		
Instruidos en los riesgos de la tarea	✓		
Dotación en buen estado	✓		
EPP's completos y en buen estado	✓		
Condiciones de salud óptimas	✓		

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	✓		
Área de trabajo delimitada	✓		
Área de trabajo señalizada	✓		
Piso y/o paredes en buenas condiciones	✓		
Puntos de anclaje seguros	✓		
Condiciones ambientales que permiten el trabajo seguro	✓		
Equipos y/o herramientas revisadas y en buen estado	✓		
Equipo de emergencias en buen estado	✓		
Sistema de acceso en buen estado (Barandas, escaleras, rampas, plataformas)	✓		
Sistemas eléctricos en óptimas condiciones	✓		
Distancia prudente (redes: eléctricas, gas, agua, etc.).	✓		
Mediciones ambientales (Iluminación, ruido, gases, etc.) cuando aplique	✓		
Material inflamable o explosivo alejado del área	✓		
Sistema de detención de caída de objetos (Redes)	✓		

ANEXOS

[X] 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	Jose lomelin	97446624		30.08.24	2:30
Inspector SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas	Blaise Steve Sanchez	1110485116		30.08.24	2:30

CIERRE DEL PERMISO

RESPONSABLES	NOMBRE Y APELLIDOS	No. CÉDULA	FIRMA	FECHA	HORA
Encargado de la actividad	Jose lomelin.	97446624		30.08.24	4:30
Inspector SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas	Blaise Steve Sanchez	1110485116		30.08.24	4:30

OBSERVACIONES:

VIGENCIA Y RENOVACIÓN	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7
Fecha	30						
Valido desde (Hr)	2:30						
Valido hasta (Hr)	4:30						
Firma de apertura							
Firma de cierre							

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

MultiServicios Funcionales	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: 01.09.24 Hora inicial: 8:00 Hora final: 4:15

Actividad a realizar: Mantenimiento A/A mini split.

Lugar de la actividad: Ebal Cll 60.

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

EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDO

[X] Casco [ ] Tapaoidos [X] Gafas [ ] Careta [ ] Respirador [X] Guantes [ ] Mangas [ ] Peto [X] Arnés [ ] Autocontenido [ ] Polainas [X] Botas

Otros: _____

EQUIPO DE EMERGENCIAS REQUERIDO

[X] Extintor [X] Camilla [X] Botiquín

Otros: _____

SISTEMA DE ACCESO/SALIDA REQUERIDO

[X] 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	✓		
Exámenes médicos (ingreso/periódico) al día	✓		
Exámenes médicos específicos al día	✓		
Entrenados y capacitados para la tarea	✓		
Certificaciones para realizar la tarea	✓		
Instruidos en los riesgos de la tarea	✓		
Dotación en buen estado	✓		
EPP's completos y en buen estado	✓		
Condiciones de salud óptimas	✓		

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	✓		
Área de trabajo delimitada	✓		
Área de trabajo señalizada	✓		
Piso y/o paredes en buenas condiciones	✓		
Puntos de anclaje seguros	✓		
Condiciones ambientales que permiten el trabajo seguro	✓		
Equipos y/o herramientas revisadas y en buen estado	✓		
Equipo de emergencias en buen estado	✓		
Sistema de acceso en buen estado (Barandas, escaleras, rampas, plataformas)	✓		
Sistemas eléctricos en óptimas condiciones	✓		
Distancia prudente (redes: eléctricas, gas, agua, etc.).	✓		
Mediciones ambientales (Iluminación, ruido, gases, etc.) cuando aplique	✓		
Material inflamable o explosivo alejado del área	✓		
Sistema de detención de caída de objetos (Redes)	✓		

ANEXOS

[X] 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	Jose Jomelin.	97446624		01.09.24	8:00
Inspector SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas	Blaise Steve Sanchez	1110485116		01.09.24	8:00

CIERRE DEL PERMISO

RESPONSABLES	NOMBRE Y APELLIDOS	No. CÉDULA	FIRMA	FECHA	HORA
Encargado de la actividad	Jose Jomelin	97446624		02.09.24	4:15
Inspector SST/SISOMA/HSE/QHSE/ Coordinador de trabajo en alturas	Blaise Steve Sanchez	1110485116		02.09.24	4:15

OBSERVACIONES:

VIGENCIA Y RENOVACIÓN	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7
Fecha	1	2					
Valido desde (Hr)	8:00	8:00					
Valido hasta (Hr)	4:15	4:15					
Firma de apertura							
Firma de cierre							

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

MultiServicios Funcionales

Nit.: 65.744.442-1

Comunicaciones, Telefonía, Electricidad, Redes y Refrigeración

INFORME DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

MULTISERVICIOS FUNCIONALES

NIT. 65744441-1

IBAGUE – TOLIMA

SEPTIEMBRE - 2024

Cra 4 # 10-12 centro edificio punto central oficina 309
teléfono - 317 797 9630 – 321 204 2249 Ibagué Tol.
Multiserviciosfuncionales1@hotmail.com

TABLA DE REVISIONES

FECHA	ELABORÓ	REVISÓ
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; Multiservicios funcionales desarrolla e implementa el Plan de Trabajo Anual 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 desde **agosto 14 28 2024** a **septiembre 14 del 2024**.

LEGISLACIÓN

- Decreto 1072 del 2015.
- Ley 100 de 1993.
- Resolución 0321 del2019

1. RELACIÓN DE PERSONAL

NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	CARGO
BLAISE ESTEVE SANCHEZ ROMERO	OFICIAL
JOE GREGORIO LOMELIN GUZMAN	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: **ANEXO 2.**

Inducción de SST personal nuevo.
Inducción al cargo personal nuevo.
Prevención del consumo del alcohol.

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 deben hacer el reporte de las condiciones de salud con el fin de monitorear e identificar síntomas relacionados con el COVID-19 o alguna otra condición de salud vía WhatsApp o Correo Electrónico.

2.4 ACCIDENTES DE TRABAJO:

En este periodo comprendido al mes de **Agosto-Septiembre del 2024** se presentó (0) accidentes de trabajo con el personal de Multiservicios.

2.5 INDICADORES MÍNIMOS DE SST:

Art. 30 Resolución 0312 del 2019

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

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%

*Para el análisis de indicadores se relaciona la información fecha de corte a **14 septiembre del 2024** y se analiza temiendo encuentra la periodicidad según lo establece el art 30 de la Resolución 0312 del 2019 mensual o anual según corresponda.

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 4272 del 2021; quienes diligencian el formato de permiso de trabajo en alturas e inspección para los trabajos ocasionales y rutinarios según corresponda. **Anexo 4.**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	65744442
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SANDRA EDITH PUENTES DELGADO
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE	DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	CRA 6SUR # 20A 26	TELÉFONO:	2700403
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7938624393**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: agosto	PERIODO COTIZACIÓN	MES: agosto		
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD:	AÑO: 2024		
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/09/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	895887853		

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
							X									

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 1.460.700
SUBTOTAL:			1	**$ 1.460.700**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 1.074.000
SUBTOTAL:			1	**$ 1.074.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 209.300
SUBTOTAL:			1	**$ 209.300**

VALOR SIN MORA:	**$ 2.744.000**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 2.744.000**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

ACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	65744442
ZON SOCIAL:			SANDRA EDITH PUENTES DELGADO
IPIO:	IBAGUE	DEPARTAMENTO:	TOLIMA
	CRA 6SUR # 20A 26	TELÉFONO:	2700403
ITE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
ESENTACIÓN:	ÚNICO		
KONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7938524393	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	agosto AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES agosto AÑO 2024
DIAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/09/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	895887853

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201- PROTECCION	1	$ 1.374.700	$ 0	$ 0	$ 43.000	$ 43.000	$ 0	$ 0	$ 1.460.700	$ 0	$ 1.460.700
									$ 1.460.700	$ 0	$ 1.460.700

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 1.074.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.074.000	$ 0	$ 0	$ 1.074.000
												$ 1.074.000	$ 0	$ 0	$ 1.074.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 209.300	$ 209.300	$ 0	$ 0	$ 209.300
								$ 209.300	$ 0	$ 0	$ 209.300

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE							NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																							PENSIÓN								SALUD						ARP																
NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
VIENTES DELGADO SANDRA EDITH	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 22.713.152				NO							01-30										230201-PROTECCION	30	$ 8.591.596	$ 1.374.700	$ 43.000	$ 43.000	$ 0	$ 0	Normal	$ 1.460.700	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 8.591.595	$ 1.074.000	$ 0	$ 1.074.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 8.591.596	65744442	$ 209.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 2.744.000

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	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:	**7939537745**	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES: agosto	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES:	septiembre
	AÑO: 2024			AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/08/29	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			874813942

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 208.000
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	5	$ 1.049.000
800227940	231001	231001-COLFONDOS	3	$ 656.000
800224808	230301	230301-PORVENIR	7	$ 1.326.800
		SUBTOTAL:	16	**$ 3.239.800**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
830003564	EPS017	EPS017-FAMISANAR	2	$ 112.000
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	5	$ 272.300
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	3	$ 132.000
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	5	$ 255.800
901037916	MIN001	MIN001-ADRES	1	$ 38.000
		SUBTOTAL:	16	**$ 810.100**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800211025	CCF48	CCF48-CONFATOLIMA	15	$ 772.100
		SUBTOTAL:	15	**$ 772.100**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	16	$ 1.326.200
		SUBTOTAL:	16	**$ 1.326.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 6.148.200**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 6.148.200**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

CACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	65744442
ZON SOCIAL:			SANDRA EDITH PUENTES DELGADO
UNICIPIO:	IBAGUE	DEPARTAMENTO:	TOLIMA
	CRA 6SUR # 20A 26	TELÉFONO:	2700403
ITE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
V:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
ESENTACIÓN:	ÚNICO		
XONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		7939537745	TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	agosto AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO	2024
DIAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/08/29	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		874813942

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230301-PORVENIR	7	$ 1.326.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.326.800	$ 0	$ 1.326.800
230201- PROTECCION	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
25-14 COLPENSIONES	5	$ 1.049.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.049.000	$ 0	$ 1.049.000
231001-COLFONDOS	3	$ 656.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 656.000	$ 0	$ 656.000
									$ 3.239.800	**$ 0**	**$ 3.239.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
MIN001-ADRES	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 38.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 38.000	$ 0	$ 0	$ 38.000
EPS002-SALUD TOTAL	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 132.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 132.000	$ 0	$ 0	$ 132.000
EPS017-FAMISANAR	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 112.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 112.000	$ 0	$ 0	$ 112.000
EPS037-NUEVA EPS	5		$ 0		$ 0		$ 0	$ 255.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 255.800	$ 0	$ 0	$ 255.800
EPS005-SANITAS S.A.	5		$ 0		$ 0		$ 0	$ 272.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 272.300	$ 0	$ 0	$ 272.300
												$ 810.100	**$ 0**	**$ 0**	**$ 810.100**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	16		$ 0	$ 0		$ 0	$ 1.326.200	$ 1.326.200	$ 0	$ 0	$ 1.326.200
								$ 1.326.200	**$ 0**	**$ 0**	**$ 1.326.200**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF48-CONFATOLIMA	15	$ 772.100	$ 0	$ 772.100
		$ 772.100	**$ 0**	**$ 772.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																												PARAFISCALES								
																								PENSIÓN								SALUD						ARP																										
NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
GONZALEZ CARDONA LAURA SOFIA	DEPEND		$ 2.862.000	FIJO		SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.862.000	$ 458.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 459.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.862.000	$ 114.500	$ 0	$ 114.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.862.000	65744442	$ 199.200	30	$ 2.862.000	CCF48-CONFATOLIMA	$ 114.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
GUTIERREZ GUTIERREZ JEFFREY ALEJANDRO	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO		SI		01															25-14 COLPENSIONES	1	$ 43.334	$ 7.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 7.000	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 43.334	$ 1.800	$ 0	$ 1.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 43.334	65744442	$ 3.100	1	$ 43.334	CCF48-CONFATOLIMA	$ 1.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
JUNGO RODRIGUEZ GABRIEL ARCANGEL	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO		SI		01															230301-PORVENIR	1	$ 43.334	$ 7.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 7.000	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 43.334	$ 1.800	$ 0	$ 1.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 43.334	65744442	$ 3.100	1	$ 43.334	CCF48-CONFATOLIMA	$ 1.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
MALDONADO MONTEALEGRE JORGE ALBERTO	DEPEND		$ 1.500.000	FIJO		SI																	231001-COLFONDOS	30	$ 1.500.000	$ 240.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 240.000	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.500.000	$ 60.000	$ 0	$ 60.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.500.000	65744442	$ 104.400	30	$ 1.500.000	CCF48-CONFATOLIMA	$ 60.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
GONZALEZ MENDEZ DANIEL	DEPEND		$ 1.400.000	FIJO		SI		08															230301-PORVENIR	23	$ 1.073.334	$ 171.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 171.800	EPS037-NUEVA EPS	23	$ 1.073.334	$ 43.000	$ 0	$ 43.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	23	$ 1.073.334	65744442	$ 74.800	23	$ 1.073.334	CCF48-CONFATOLIMA	$ 43.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
RAMIREZ PEREZ DANIEL	DEPEND		$ 1.575.000	FIJO		SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.575.000	$ 252.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 252.000	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.575.000	$ 63.000	$ 0	$ 63.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.575.000	65744442	$ 109.700	30	$ 1.575.000	CCF48-CONFATOLIMA	$ 63.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

CACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	65744442
ZON SOCIAL:			SANDRA EDITH PUENTES DELGADO
IPIO:	IBAGUE	DEPARTAMENTO:	TOLIMA
	CRA 6SUR # 20A 25	TELÉFONO:	2700403
ITE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
N:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
ESENTACIÓN:	ÚNICO		
XONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7939537745	TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	agosto AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO 2024
DIAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/08/29	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	874813942

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																				SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP						CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO		REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
MENDEZ PORTELA LUIS FERNANDO	DEPEND		$ 2.300.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 2.300.000	$ 368.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 368.000	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 2.300.000	$ 92.000	$ 0	$ 92.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.300.000	65744442	$ 160.100	30	$ 2.300.000	SCCF48-CONFATOLIMA	$ 92.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
TUBIANO PUENTES KURANI ALEXANDRA	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	65744442	$ 6.800	30	$ 1.300.000	SCCF48-CONFATOLIMA	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
GONZALEZ FONSECA BRAINNER ALFONSO	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																	230201-PROTECCION	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	65744442	$ 90.500	30	$ 1.300.000	SCCF48-CONFATOLIMA	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
SANCHEZ ROMERO BLAISE STEVE	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	65744442	$ 90.500	30	$ 1.300.000	SCCF48-CONFATOLIMA	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
ROMERO BARZON CRISTIAN CAMILO	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	65744442	$ 90.500	30	$ 1.300.000	SCCF48-CONFATOLIMA	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
ROMERO BARZON EMANUEL ALEJANDRO	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																	231001-COLFONDOS	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	65744442	$ 90.500	30	$ 1.300.000	SCCF48-CONFATOLIMA	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
PUENTES DELGADO YENNY PAOLA	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																	231001-COLFONDOS	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	65744442	$ 90.500	30	$ 1.300.000	SCCF48-CONFATOLIMA	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
DESPEGES GOMEZ OSCAR ARMANDO	DEPEND		$ 1.400.000	FIJO			SI		15															230301-PORVENIR	15	$ 700.000	$ 112.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 112.000	EPS002-SALUD TOTAL	15	$ 700.000	$ 28.000	$ 0	$ 28.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	15	$ 700.000	65744442	$ 48.800	15	$ 700.000	SCCF48-CONFATOLIMA	$ 28.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
NAVARRO CABEZAS JUAN CARLOS	DEPEND		$ 1.400.000	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.400.000	$ 224.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 224.000	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.400.000	$ 56.000	$ 0	$ 56.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.400.000	65744442	$ 97.500	30	$ 1.400.000	SCCF48-CONFATOLIMA	$ 56.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
GUZMAN JOSE GREGORIO	VETERANO DE LA FUERZA PUBLICA		$ 1.500.000	FIJO			SI	12																25-14 COLPENSIONES	18	$ 950.000	$ 152.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 152.000	MIN001-ADRES	18	$ 950.000	$ 38.000	$ 0	$ 38.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	18	$ 950.000	65744442	$ 66.200	18	$ 950.000	SCCF48-CONFATOLIMA	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 6.148.200

Planilla Pagada

	FICHA TECNICA DE EVALUACION Y REEVALUACION DE PROVEEDORES	CÓDIGO: GJ-R-056
IBAL SIC		FECHA VIGENCIA: 15/07/2021
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	VERSIÓN: 01
		Página 1 de 4

Evaluación: [X] Fecha evaluación Septiembre 18 de 2024 Reevaluación: [ ] Fecha reevaluación: _____

Acta Parcial N° ____01____ Acta Final _____

INFORMACION DEL CONTRATO

NUMERO Y FECHA: **089 DEL 01 DE AGOSTO DE 2024.**

NOMBRE DEL PROVEEDOR O CONTRATISTA: **SANDRA EDITH PUENTES DELGADO/ MULTISERVICIOS FUNCIONALES**	NIT: C.C. **65.744.442**
FECHA DE INICIO: **14 DE AGOSTO DE 2024**	FECHA DE TERMINACION: **13 DE ABRIL DE 2025.**

OBJETO DEL CONTRATO: **"CONTRATAR EL SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LAS REDES ELECTRICAS (INCLUYE ALARMAS, UPS), PLANTAS ELECTRICAS Y AIRES ACONDICIONADOS, DE TODAS LAS INSTALACIONES ELÉCTRICAS DE PROPIEDAD DEL IBAL S.A ESP 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 realizo Evaluacion al contratista evidenciando que el contratista cumplio con los requrimientos solicitados.

OBSERVACIONES AL RESULTADO DE LA EVALUACION __X__ REEVALUACION _____ POR PARTE DEL CONTRATISTA: Estoy deacuerdo y conforme con la evaluacion asiganada.

INTERPONE RECURSO DE REPOSICION	SI	[ ]	NO	[X]
INTERPONE RECURSO DE APELACION	SI	[ ]	NO	[X]

	FICHA TECNICA DE EVALUACION Y REEVALUACION DE PROVEEDORES	CÓDIGO: GJ-R-056
IBAL SIG		FECHA VIGENCIA: 15/07/2021
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	VERSIÓN: 01
		Página 1 de 4

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	X	NO	

WILINTON JARAMILLO HERRERA

NOMBRES APELLIDOS Y FIRMA DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR (Cuando un contrato cuente con interventor y supervisor, este documento debe ser firmado por los dos, en sus respectivas calidades)

SANDRA EDITH PUENTES DELGADO

NOMBRES APELLIDOS Y FIRMA DEL CONTRATISTA

SANDRA EDITH PUENTES DELGADO
NIT 65.744.442-1
carrera 6 sur 20A 26 Barrio Galan
Tel: (57) 3177979630
Ibagué - Colombia
multiserviciosfuncionales1@hotmail.com

Factura electrónica de venta
No. FESF 325

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

Fecha y hora Factura	
Generación	16/09/2024, 11:58
Expedición	16/09/2024, 11:58
Vencimiento	01/10/2024

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Bruto	Impto. Cargo	Vr. Total
1	mantenimiento de redes electricas	1.00	4,450,231.00	19 %	5,295,774.89
2	mantenimiento de plantas electricas	1.00	3,646,717.00	19 %	4,339,593.23
3	mantenimiento de aires acondicionados	1.00	2,472,351.00	19 %	2,942,097.69

Total items: 3

Valor en Letras:
Doce millones quinientos setenta y siete mil cuatrocientos sesenta y cinco pesos m/cte con ochenta y uno cent.

Total Bruto	10,569,299.00
IVA 19%	2,008,166.81
Total a Pagar	12,577,465.81

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Otro - Pago a crédito - Cuota No. 001 vence el 2024-10-01 por $ 12,577,465.81

Observaciones:

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 Electrónica 18764075725062 aprobado en 20240724 prefijo FESF desde el número 315 al 400 Vigencia: 6 Meses**
- Actividad Económica 4330 Terminación y acabado de edificios y obras de ingeniería civil Tarifa 6/100
CUFE: 7075a8d4e182b4672ef14412b05793865da6ecf110cdcd2a599df24d785915bd11ec6e1624fd4ccbbe81edb1f6bdbeca

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo S.A.S. - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML