| | PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL | Código | CO-M02-F70 Anexo 7 |
|---|---|---|---|
| Defensoría del Pueblo COLOMBIA | INFORME MENSUAL DE GESTIÓN EN SST - CONTRATISTAS | Versión | 3 |
| | | Vigente desde | 9/05/23 |

**Nota 1:** Este informe debe ser presentado al Supervisor del Contrato (designado por la Defensoría del Pueblo) como parte de los informes mensuales a presentar. De conformidad con lo definido en el Manual de Contratación, el informe debe presentarse independientemente de si el contratista presenta solicitud de cobro o no.
**Nota 2:** Todos los ítems relacionados a continuación son de gran importancia para la Defensoría; por lo tanto deben ser diligenciados en su totalidad.
**Nota 3:** Se debe anexar todos los soportes requeridos, que evidencien la ejecución de las actividades descritas.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre de la Empresa:** | Defensoría del Pueblo | **No. Contrato:** | CD-DP-4390-2023 | **Mes/ Año:** | Octubre de 2024 |
| **Objeto del contrato:** | Prestación de servicios profesionales de abogado para la representación judicial, extrajudicial y las demás que disponga la ley en favor de los usuarios del servicio de defensoría pública; así como la promoción, defensa, ejercicio y divulgación de los derechos humanos | | | | |
| **Fecha inicio del contrato:** | 1 de diciembre de 2023 | **Fecha de terminación del contrato:** | 31 de diciembre de 2024 | | |
| **ARL:** | Colmena | **Nivel de Riesgo:** | I | | |

| ESTADÍSTICAS DE SST | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Total de HHTT Mes: | | 0 | | Total HHTT acumuladas: | 0 | | | |
| Frecuencia de accidentalidad | | | Severidad de accidentalidad | | | Ausentismo por causa medica | | |
| # de accidentes de trabajo en el mes | 0 | 0 | # de días de incapacidad por accidente de T. en el mes | 0 | 0 | # de días de ausencia por incapacidad laboral o común en el mes | 0 | 0 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| # de trabajdores en el mes | 1 | | # de díias cargados en el mes | 0 | | # de días programados en el mes | 31 | |

| ACCIDENTES Y/O INCIDENTES |
|---|
| Ninguno |

| FORMACIÓN - CAPACITACIÓN | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Fecha | Nombre de formación y/o capacitación | Horas | No. Asistentes | H. totales | Observaciones |
| | | | | 0 | |
| | | | | 0 | |
| | | | | 0 | |
| | | | | 0 | |

| INSPECCIONES DE SST | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha | Nombre de inspección | Area de trabajo | Hallazgos de inspección |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| OTRAS ACTIVIDADES DE SST DESARROLLADAS | | |
|---|---|---|
| Fecha | Actividad | Descripción |
| | | |
| | | |