|  |
| --- |
| 1. **IDENTIFICACIÓN GENERAL PROVEEDORES Y CONTRATISTAS**
 |
| **NOMBRE DE LA FIRMA CONTRATISTA O PROVEEDOR** |  | **FECHA DE EVALUACIÓN** |
| **DIRECCIÓN DEL CONTRATISTA O PROVEEDOR** |  |  |
| **TELÉFONO** |  | **EVALUADOR** |
| **CORREO ELECTRÓNICO** |  |  |
| **NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL CONTRATISTA O PROVEEDOR** |  |  |
|  |
| 1. **VERIFICACIÓN DOCUMENTAL PROVEEDORES**
 |
| **2.1. DOCUMENTOS GENERALES PARA EVALUAR LEGALIDAD DE LA EMPRESA** | **Fecha:** | **OBSERVACIONES** |
| **SI** | **NO** | **N.A**(\*) |
| Cuenta con certificado de cámara y comercio  |  |  |  |  |
| Cuenta con Registro Único Tributario –RUT- Vigente |  |  |  |  |
| Cuenta con licencias, acreditaciones o permisos de autoridades de control (según aplique). |  |  |  |  |
| Cuenta con acreditaciones para hacer pruebas, ensayos o calibración (según aplique) |  |  |  |  |
| Cuenta con certificados de calibración de los dispositivos de seguimiento y medición (según aplique) |  |  |  |  |
| Presentó las certificaciones de calidad, fichas técnicas de los insumos, productos químicos y/o materiales que suministra según aplique |  |  |  |  |
| **OTROS DOCUMENTOS REQUERIDOS SEGÚN ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 (\*) N.A. No aplica

|  |
| --- |
| **2.2. DOCUMENTOS SEGURIDAD, SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE****(Elija el proveedor / contratista que aplique para el análisis)**  |
| **Centros médicos:** | **Fecha:** | **OBSERVACIONES** |
| **SI** | **NO** | **N.A** |
| Licencia de Salud Ocupacional Vigente del Centro Médico  |  |  |  | No. de Resolución: Año de expedición:Autoridad que la expide: |
| Licencia vigente de los médicos especialistas en Salud Ocupacional |  |  |  | No. de Resolución: Año de expedición:Autoridad que la expide: |
| Tarjeta profesional de los profesionales que realizan exámenes complementarios y laboratorios (Ej.: Fonoaudióloga, Optómetra, Bacterióloga) |  |  |  |  |
| Habilitación centro médico secretaria Salud donde opera el centro médico |  |  |  |  |
| Certificados de calibración de los equipos de monitoreo para los exámenes de Salud Ocupacional y complementarios (Ej.: Audiómetro, Espirómetro, Equipo de optometría etc.) |  |  |  |  |
| Otros |  |  |  |  |
| **Empresas servicio de transporte** |  |  |  |  |
| Revisión tecno mecánica vigente  |  |  |  |  |
| Seguro obligatorio accidentes de tránsito (SOAT) |  |  |  |  |
| Pólizas de responsabilidad civil contractual |  |  |  |  |
| Póliza de responsabilidad civil extracontractual |  |  |  |  |
| Otros |  |  |  |  |
| **Proveedores de agua para consumo humano** | **Fecha:** | **OBSERVACIONES** |
| **SI** | **NO** | **N.A** |
| Permiso sanitario de funcionamiento expedido por las direcciones seccionales, distritales o locales de salud, o las entidades que hagan sus veces / Permisos INVIMA |  |  |  |  |
| Habilitación Secretaría de Salud |  |  |  |  |
| Entrega de resultados de análisis físico químico del lote de agua suministrado |  |  |  |  |
| Entrega de resultados de análisis microbiológico del lote de agua suministrado |  |  |  |  |
| Acreditación del laboratorio que realiza los análisis de agua |  |  |  |  |
| Otros |  |  |  |   |
| **Estación de servicio suministro de combustible permanente** |  |  |  |  |
| Acreditación / Permisos / Habilitación del establecimiento para la prestación del servicio (Superintendencia de Industria y Comercio / Ministerio de minas y energía). |  |  |  | SUPERITENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO /Número de Licencia / Resolución / año :MINISTERIO DE MINAS Y ENERGÍA: |
| Inspección del Cuerpo de Bomberos de la Región |  |  |  | Fecha de inspección:Concepto: |
| **Proveedores Dotaciones y Elementos de Protección Personal –EPP-** |  |  |  |  |
| Fichas técnicas de los Elementos de Protección Personal –EPP- suministrados |  |  |  | Deben cumplir normas ANZI o Icontec |
| 1. **VERIFICACIÓN DOCUMENTAL CONTRATISTAS**
 |
| **EMPRESAS DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD PRIVADA** | **Fecha:** | **OBSERVACIONES** |
| **SI** | **NO** | **N.A** |
| Licencia para prestar el servicio de vigilancia privada expedido por la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada. |  |  |  |  |
| Certificado expedido por la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada en la cual conste que la Empresa a contratar no cuenta con ningún tipo de sanción |  |  |  |  |
| Permiso para la tenencia o para el porte de armas  |  |  |  |  |
| Credencial de identificación vigente expedida por la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada |  |  |  |  |
| Fotocopia auténtica del permiso de porte correspondiente del vigilante. |  |  |  |  |
| Copia de la acreditación y de las competencias (experiencia, formación, entrenamiento) del personal de Vigilancia asignado a la entidad. |  |  |  |  |
| Certificado de aptitud médica Salud Ocupacional del (los) vigilante (s) asignados al servicio conforme profesiograma de exámenes médicos de la Empresa de Vigilancia (Incluir valoración psicológica, optometría, audiometría)  |  |  |  |  |
| Evidencias del suministro de los elementos de protección personal –EPP- al personal asignado a la Entidad. |  |  |  |  |
| Evidencias del suministro de dotación al personal asignado a la Entidad. |  |  |  |  |
| Planilla de aportes Seguridad Social Integral (ARL, AFP, EPS, CCF) del personal asignado a la Entidad (Verificar los tres últimos meses). |  |  |  |  |
| Manual descriptor del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo –SST- |  |  |  |  |
| **OTROS DOCUMENTOS REQUERIDOS SEGÚN ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **EMPRESAS DE ASEO Y CAFETERÍA** | **Fecha:** | **OBSERVACIONES** |
| **SI** | **NO** | **N.A** |
| Planilla de aportes Seguridad Social Integral (ARL, AFP, EPS, CCF) del personal asignado a la Entidad (Verificar los tres últimos meses). |  |  |  |  |
| Certificados de aptitud médica para manipuladores de alimentos del personal de Cafetería |  |  |  |  |
| Certificado vigente que acredite al personal en la asistencia al curso de manipuladores de alimentos y bioseguridad. |  |  |  |  |
| Carnet de vacunas esquema completo para tétano y Hepatitis B. |  |  |  |  |
| Para las actividades de limpieza: Hojas de seguridad de los productos a utilizar, los cuales, en lo posible deben ser biodegradables. |  |  |  |  |
| Evidencias del suministro de los elementos de protección personal –EPP- al personal asignado a la Entidad. |  |  |  |  |
| Evidencias del suministro de dotación al personal asignado a la Entidad. |  |  |  |  |
| Manual descriptor del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo –SST- |  |  |  |  |
| **OTROS DOCUMENTOS REQUERIDOS SEGÚN ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **CONSULTORES EXTERNOS** |  |  |  |  |
| Hoja de vida del profesional |  |  |  |  |
| Licencias de prestación del servicio o Tarjeta profesional |  |  |  |  |
| Afiliación a Seguridad Social (EPS, ARL, AFP) |  |  |  |  |
| Otros  |  |  |  |  |
| **OTROS DOCUMENTOS REQUERIDOS SEGÚN ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| (\*) N.A.: No aplica. / NOTA: Todos los documentos deben ser vigentes. Para las licencias de salud ocupacional tener en cuenta fechas de emisión de las resoluciones |
| **OBSERVACIONES GENERALES DEL EVALUADOR:** |