|  |  |
| --- | --- |
| **CONTRATISTA:**  | **FECHA:**  |
| **OBJETO DEL CONTRATO:**  |
| **ELABORADO POR:** | **PERÍODO**:  |
| **SEDE:** | **PRESENTADO A:**  |
| **TOTAL DE PERSONAL PARA EJECUCIÓN DE CONTRATO** |  |
| **FECHA DE ÚLTIMO PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL**  |  |

1. **ESTADÍSTICAS SST**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Estadísticas** | **Período** | **Acumulado** |
| Número de accidentes de trabajo |  |  |
| Número de días perdidos por accidente de trabajo |  |  |
| Número de accidentes de trabajo con incapacidad |  |  |
| Número de accidentes de trabajo mortales |  |  |
| Número de trabajadores ausentes por causa medicas |  |  |
| Número de días de ausencia por causas médicas |  |  |
| Número de trabajadores con diagnóstico de EL: Especifique el diagnóstico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Total de empleados directos\* |  |  |
| Total ingresados |  |  |
| Total retirados |  |  |
| Total subcontratistas\* |  |  |
| Total ingresados |  |  |
| Total retirados |  |  |

\* al finalizar el mes

1. **SEGUIMIENTO A HALLAZGOS DE INSPECCIONES/ AUDITORÍAS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Descripción** | **Recomendaciones/ Acciones tomadas** | **Estado****(Pendiente/ Cerrado)** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |

1. **CHARLAS DE SEGURIDAD/ CAPACITACIONES DEL PERSONAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TEMA** | **FECHA** | **ASISTENTES** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **ACCIDENTES DE TRABAJO DEL PERSONAL INCLUIDO EN EL CONTRATO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Trabajador - No. De identificación** |  |
| **Causa principal y secundarias del accidente** |  |
| **Breve descripción del accidente** |  |
| **Actividades del Plan de acción/ Plazo** |  |
| **Estado del Plan de acción Abierto/ Cerrado** |  |

1. **RESUMEN DE LAS ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO (Si aplica)**
* ………
* ………
* ………
* ………
1. **PERMISOS DE TRABAJO (Si aplica)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TRABAJO REALIZADO** | **TIPO DE PERMISO****(En caliente, altura, etc.)** | **FECHA** | **APROBADO POR** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **ANEXOS/ EVIDENCIAS FOTOGRAFÍAS** (opcional)
2. **SEGUIMIENTO A COVID 19**

A continuación, diligenciar el personal diagnosticado con Covid 19 adscrito al contrato que mantiene con la Universidad.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE COMPLETO**  | **N° de identificación**  | **Fecha resultado prueba Covid**  | **Calificación del diagnóstico** **(Común / Laboral)**  | **Fecha reporte Ministerio de Salud** | **Contactos estrechos con personal de la UA** | **Estado (Reintegrado – Aislamiento)**  |
|  |  |  |  |  |  |  |