

## FORMULARIO 5 INTRODUCCIÓN - HSSE

(Diligenciar en letra de imprenta sin tachones ni enmendaduras)  
 Campos con asterisco \* son obligatorios

### Tipo de Trámite\*

### INFORMACIÓN GENERAL

#### Solo persona natural

Persona Natural									
Primer Nombre *			Segundo Nombre			Primer Apellido *		Segundo Apellido	
Tipo Documento Identidad *						N° Documento Identidad *			
C.C		T.I.		C.E		NIT		P.P.	

#### Solo persona jurídica

Persona Jurídica		
NIT*	Razón social*	Sigla

#### Introducción HSSE

**OBJETIVO:** Este cuestionario tiene como objetivo asegurar que los proveedores que participen en procesos de contratación con ISAGEN cuenten con unos estándares mínimos en su sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo (SST) y unas prácticas ambientales adecuadas. Acoje los lineamientos de la normatividad colombiana en los temas de Seguridad y Salud en el Trabajo.

**PLAZO:** Esta información tiene vigencia de 1 año. Una vez finalizado este plazo ISAGEN podrá solicitarle información adicional.

#### NOTAS:

- Proporcione toda la información solicitada, complete el cuestionario en su totalidad y anexe todos los documentos solicitados para la revisión de ISAGEN. Esta calificación es un requisito antes de realizar un trabajo contratado por ISAGEN que involucre actividades de alto y medio riesgo.
- Omitir o reportar información falsa en este cuestionario podría resultar en la descalificación o remoción de la lista de proveedores calificados por ISAGEN.
- ISAGEN puede solicitar documentación adicional para apoyar la respuesta hechas en este cuestionario.

Nro. de trabajadores Directos *	
Nro. de trabajadores Misión *	
Nro. de trabajadores Contratistas *	
Nombre contacto HSSE y correo electrónico*	

En caso de contar con un Sistema de Gestión certificado, especificar bajo que Norma *	
Incluya copias de los certificados de la ARL* con la siguiente información, incluyendo días de incapacidad anual:  *Accidentes laborales incapacitantes y no incapacitantes. *Enfermedades laborales de los últimos 3 años.	

## Historial de seguridad y salud en el trabajo

Accidentes laborales incapacitantes y no incapacitantes y enfermedades laborales de los 3 años anteriores a la vigencia actual, incluyendo días de incapacidad anual:

Información por certificar	Año 1	Año 2	Año 3
Número de accidentes incapacitantes *			
Número de accidentes no incapacitantes *			
Número de accidentes mortales *			
Número de accidentes graves (Según normatividad colombiana) *			
Número de enfermedades laborales *			
Número total de días perdidos por accidentes de trabajo *			
Tasa accidentalidad para trabajadores *			
Ausentismo *			

En caso de accidentes mortales o enfermedad laboral **anexe la investigación.**

Información por certificar	Año 1	Año 2	Año 3
Número de eventos ambientales significativos producto de las actividades que realiza. *			

¿La empresa pertenece a una de las <a href="#">áreas de influencia</a> de las Centrales o Proyectos de ISAGEN?	SI	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>
--	----	-----------------------	----	-----------------------

### DOCUMENTOS DE SOPORTE

A continuación, se listan los documentos obligatorios que debe adjuntar al momento realizar sus diferentes trámites.

**Obligatorio = OBL**

**Opcional = OPC**

**No Aplica = NA**

Información SST	Nombre Documento	Registro Integral		
		Inscripción	Renovación	Actualización
	<b>Certificado de la ARL* con la siguiente información</b> incluyendo días de incapacidad anual: 1. Accidentes laborales incapacitantes y no incapacitantes. 2. Enfermedades laborales de los últimos 3 años.	OBL	OBL	OPC

### DECLARACIÓN Y FIRMA

Declaro que a la fecha no me encuentro incurso en ninguna causal de inhabilidad por parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil; respecto de empleados o miembros de la junta directiva de ISAGEN S.A. E.S.P. de su cónyuge o su compañera(o) permanente. De igual manera declaro que no poseo otras inhabilidades o incompatibilidades consagradas en la ley para contratar con ISAGEN S.A. E.S.P.

Declaro que la información consignada y anexa a este formulario es veraz y admito que cualquier omisión o inexactitud en estos documentos podrá ocasionar el rechazo de esta solicitud y la devolución de la documentación como también la cancelación de mi Inscripción. Me comprometo a actualizar la información aquí consignada en los tiempos determinados por ISAGEN y Konfirma, también conforme a las indicaciones en la Guía de Trámites.

Dentro de los términos de la Ley Estatutaria de Habeas Data, y sus decretos reglamentarios, declaro que como titular de la información que aquí reposa o que pudiera ser recolectada por ISAGEN S.A. E.S.P y KONFIRMA S.A.S. autorizo a estas sociedades para consultar y verificar la misma en centrales de información y/o base de datos nacionales colombianas, extranjeras o internacionales, en mi calidad de persona natural o la correspondiente a la persona jurídica que represento, a sus representantes legales, revisores fiscales, miembros de junta directiva y socios. Lo anterior con el fin de prevenir cualquier tipo de actividad relativa al Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

De igual manera, autorizo de manera expresa a ISAGEN S.A. E.S.P. y KONFIRMA S.A.S. para que, dentro de los términos legales establecidos, pueda almacenar y administrar los datos suministrados, que serán utilizados para los procesos de manejo de proveedores y contratación de ISAGEN S.A. E.S.P.

Hago constar que he leído y comprendido las anteriores declaraciones al igual que la Guía de Trámites, los términos y condiciones del registro de proveedores y todos los documentos asociados al registro de proveedores de ISAGEN S.A. E.S.P

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Representante Legal \***

\_\_\_\_\_  
**No. de Identificación \***

\_\_\_\_\_  
**Firma \***

**IMPRIMIR FORMULARIO**