



HOJA DE TRÁMITE

A: **Lcda. Alessandra Rosa Tirado**
Secretaria Auxiliar
Secretaría Para Asuntos Legales

PC: **Lcdo. Roberto González Vega**
Director
Oficina de Contratos y Seguros

DE: **Lcda. Zulma I. Pomales Navarro**
Abogada II
Oficina de Contratos y Seguros

ASUNTO: **Plan de Acción Correctiva**

FECHA: **11 de septiembre de 2012**

Plan de Acción Correctiva:

1. Todos los contratos referidos a la Secretaría Legal deberán incluir la Propuesta, un Memorial Explicativo, la Certificación de Fondos y la Certificación de Cumplimiento "Procurement - Suspension and Debarment". Se acompaña Memo y Certificación de Cumplimiento.
2. Se distribuyó Memorando incluyendo el Informe de Calificación en Salud y Seguridad/Ambiental para ser cumplimentado y firmado por los contratistas. Se acompaña Memorando e Informe.

Recibido por: _____

Fecha _____

11-SEP-12 PM 10:19 LEGAL DV.



DEPARTAMENTO DE LA
VIVIENDA
Gobierno de Puerto Rico

"Hoy construimos un mejor Puerto Rico"

9 de mayo de 2011

A : **SECRETARIOS AUXILIARES**
Rosa Tirado
DE : Lcda. Alessandra M. Rosa-Tirado
Secretaria Auxiliar para Asuntos Legales
ASUNTO : **TRAMITE DE CONTRATOS**

Todos los contratos referidos a esta Secretaría Legal deberán incluir la Propuesta, un Memorial Explicativo sobre la necesidad del contrato, la Certificación de Fondos y la Certificación de Cumplimiento "Procurement – Suspension and Debarment" (la cual se acompaña).

AMRT/mrd
Anejo
c/ División de Contratos

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO
"PROCUREMENT – SUSPENSION AND DEBARMENT"

Nombre del suplidor:

Trabajo realizadoⁱ

Con el propósito de cumplir con los más altos niveles de responsabilidad financiera hemos verificado que el suplidor descrito anteriormente **no** aparece en los registros del gobierno federal como una entidad para la cual no se le permite ser contratado por una agencia gubernamental. Nuestra búsqueda fue hecha en los registros del "Excluded Parties List System (EPLS)" actualizada por la Administración de Servicios Generales del Gobierno de los Estados Unidos de América.

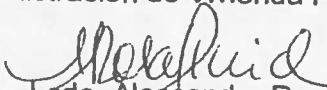
Preparado por:	Fecha:
Revisado por:	Fecha:


ⁱ § 85.35 Subawards to debarred and suspended parties.

Grantees and subgrantees must not make any award or permit any award (subgrant or contract) at any tier to any party that is debarred or suspended or is otherwise excluded from or ineligible for participation in federal assistance programs subject to 2 CFR part 2424. [72 FR 73493, Dec. 27, 2007]

13 de junio de 2012

Secretarios Auxiliares
Directores
Supervisores
Departamento de la Vivienda
Administración de Vivienda Pública


P/C: Lcda. Alessandra Rosa Tirado
Secretaria Auxiliar
Secretaria Para Asuntos Legales


Lcdo. Roberto González Vega
Director
División de Contratos y Seguros

**INFORME DE CALIFICACIÓN EN SALUD Y
SEGURIDAD/AMBIENTAL PARA CONTRATISTAS**

El 1 de junio de 2012 se distribuyó el informe de Calificación en Salud y Seguridad/Ambiental para que fuera cumplimentado y firmado por los contratistas a más tardar a la firma del contrato.

Favor de sustituir dicho informe por el que se está distribuyendo en el día de hoy.

RGV/ar

Anejo



INFORME DE CALIFICACION EN SALUD Y SEGURIDAD/AMBIENTAL PARA CONTRATISTAS

Fecha Completó Forma:	
Nombre de la Compañía:	
Dirección:	
Ciudad:	Zip Code:
Teléfono:	Fax:
Persona de Contacto:	Posición:

Instrucciones

Las compañías a contratarse deberán proveer aquella información en este documento que aplique a su firma. Favor de llenar todos los blancos; si la pregunta no aplica a su firma, favor de escribir "N.A." en el blanco.

Desempeño

Provea la siguiente información relacionada con los pasados tres años:

ITEM	INFORMACIÓN	2011	2010	2009
A	Número de casos con atención médica solamente			
B	Número de lesiones/enfermedades registrados en forma OSHA 300			
C	Número de lesiones/enfermedades con días de trabajo perdidos			
D	Número de fatalidades relacionadas con el trabajo			
E	Número de derrames/fugas de material regulado			
F	Total de empleados- horas trabajadas por año			



Describa las citaciones regulatorias o avisos de violaciones relacionadas con asuntos ambientales, seguridad y salud ocupacional que su compañía ha recibido en los últimos tres años.

Describa cualquier reconocimiento o premio que su compañía haya recibido relacionado con asuntos ambientales, seguridad y salud ocupacional.

Staff

Provea el nombre, posición y teléfono de la persona que administra el Programa de Asuntos Ambientales, Seguridad y Salud Ocupacional de su compañía. Provea información sobre cualquier adiestramiento, preparación académica y/o experiencia que esta persona posea en el campo ambiental, de seguridad y salud ocupacional y la porción de tiempo que dedica en administrar el programa.

Programas

A continuación marque los tópicos que estén incluidos en forma escrita en su programa de asuntos ambientales, seguridad y salud ocupacional:

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Política y Objetivos de la Gerencia | <input type="checkbox"/> Espacios Confinados |
| <input type="checkbox"/> Adiestramiento | <input type="checkbox"/> Herramientas Portátiles |
| <input type="checkbox"/> Reportes de Accidentes/
Mantenimiento de informes
(Recordkeeping) | <input type="checkbox"/> Seguridad Eléctrica |
| <input type="checkbox"/> Servicios Médicos | <input type="checkbox"/> Corte , Soldadura y Trabajos con Calor |
| <input type="checkbox"/> Limpieza | <input type="checkbox"/> Andamios |



- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Operaciones con Desperdicios Peligrosos y Respuesta a Emergencias (HAZWOPER) | <input type="checkbox"/> Vehículos de Motor y Equipo Motorizado |
| <input type="checkbox"/> Saneamiento | <input type="checkbox"/> Demolición |
| <input type="checkbox"/> Equipo de Protección Personal (cabeza, ojos y cara, manos, pies, respiración, audición, y protección a caídas) | <input type="checkbox"/> Escaleras |
| <input type="checkbox"/> Comunicación de Riesgos (Hazard Communication) | <input type="checkbox"/> Gases, Vapores, Polvo |
| <input type="checkbox"/> Protección y Prevención de Incendios | <input type="checkbox"/> Seguridad en Procesos (Process Safety) |
| <input type="checkbox"/> Candado y Tarjeta (Lockout/Tagout) | <input type="checkbox"/> Aparejo (Rigging) |
| <input type="checkbox"/> Excavaciones | |

¿Tiene su compañía una Política de Abuso de Sustancias Controladas? Sí No

Si la contestación es Sí, ¿incluye la política:
(marque aquellas que se incluyen)

- | |
|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> pruebas pre-empleo? |
| <input type="checkbox"/> pruebas al azar? |
| <input type="checkbox"/> pruebas por causa? |

Adiestramiento y Educación

¿Tiene un programa de adiestramiento para nuevos empleados? Sí No

Si la contestación es Sí, marque a continuación los tópicos incluidos en su programa de adiestramiento:

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Primeros Auxilios | <input type="checkbox"/> Seguridad Eléctrica |
| <input type="checkbox"/> Operaciones con Desperdicios Peligrosos y Respuesta a Emergencias (HAZWOPER) | <input type="checkbox"/> Extintores de Incendios |
| <input type="checkbox"/> Ruido | <input type="checkbox"/> Herramientas Manuales |
| <input type="checkbox"/> Comunicación de Riesgos (Hazard Communication) | <input type="checkbox"/> Escaleras/Andamios |
| <input type="checkbox"/> Espacios Confinados | <input type="checkbox"/> Corte y Soldadura |



- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Candado y Tarjeta (Lockout/Tagout) | <input type="checkbox"/> Equipo Motorizado |
| <input type="checkbox"/> Protección Respiratoria | <input type="checkbox"/> Seguridad en el Proceso (Process Safety) |
| <input type="checkbox"/> Equipo de Protección Personal | <input type="checkbox"/> Levantamiento de pesos |
| <input type="checkbox"/> Medidas para la Prevención de Contaminación de Aguas de Escorrentía | <input type="checkbox"/> Medidas de Control de Emisión de Polvos Fugitivos |
| <input type="checkbox"/> Medidas para el Control de Erosion y Sedimentacion de Terrenos | <input type="checkbox"/> Señales, Barricadas y Banderas |
| <input type="checkbox"/> Excavaciones | |

- | | SI | NO |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ¿Lleva a cabo reuniones semanales de asuntos ambientales, seguridad y salud ocupacional en los proyectos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Le ofrece o le exige adiestramiento de asuntos ambientales, seguridad y salud ocupacional a sus subcontratistas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Le provee adiestramiento adicional a Supervisores/Foremen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Le provee adiestramiento anual a todos sus empleados de campo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si le aplica, ¿puede proveer documentación de las siguientes certificaciones, licencias, o adiestramientos? (No tiene que proveer ahora esta documentación, pero puede ser requerida antes de otorgar un contrato):

- | <u>No aplica</u> | <u>Sí</u> | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asbesto |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Plomo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desperdicios Peligrosos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rigging/Grúas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Entrada Espacios Confinados |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Protección Respiratoria |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Soldaduras |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Electricistas |

Auditorías/Inspecciones/Investigaciones

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Realiza auditorías de asuntos ambientales, seguridad y salud ocupacional en los proyectos? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Realiza su compañía investigaciones de accidentes? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |



Subcontratistas

Para sus subcontratistas, marque todas las que apliquen:

- Revisa estadísticas de accidentes
- Revisa programas escritos
- Verifica programas de adiestramiento

Comentarios

Comente sobre cualquier otra área de su programa de asuntos ambientales, seguridad y salud ocupacional que usted considere necesario mencionar para que sea incluido en su evaluación.

Nota

La Compañía debe estar preparada para proveer documentación evidenciando las declaraciones en este cuestionario.



**CERTIFICACION Y ACUERDO AMBIENTAL Y DE SALUD Y
SEGURIDAD PARA CONTRATISTA**

Certifico que, en mi mejor entendimiento, la información provista en este cuestionario es precisa y correcta.

Certifico además, que la responsabilidad de nuestra compañía en promover la protección ambiental y de salud y seguridad en áreas de trabajo a nuestros empleados. Además de asignar recursos para el desarrollo, implementación y auditoria de seguridad y programas ambientales, incluyendo aquellas actividades que se lleven a cabo en el Dpto. De la Vivienda.

Se espera que nuestra compañía realice sus operaciones en acuerdo con las regulaciones estatales y federales así como las establecidas por el Dpto. De la Vivienda.

Que entiendo además, que todas las operaciones de seguridad podrán estar sujetas a evaluación y aprobación de los representantes designados por el Dpto. de la Vivienda.

Violaciones a las reglas de seguridad puede resultar en la cancelación de nuestro acuerdo de trabajo y/o la remoción del personal contratado responsable de la violación.

NOMBRE

FIRMA

FECHA