

SSD-013

CUESTIONARIO DE PRECALIFICACIÓN DE SEGURIDAD DEL CONTRATISTA

Evalúe la capacidad. Confirme los sistemas de seguridad. Documento evidencia objetiva de calificación.

1 Información de la Empresa	Núm. de Cuestionario	
Dirección de la Empresa	22 Fecha	
Razón Social de la Empresa	Estructura Empresarial	☐ Corporación ☐ LLC ☐ Sociedad ☐ Otra
4 Tipo de Trabajo Realizado	5 Número de Empleados	
2 Información del Contacto Principal	21 Firma del Representante de la Empresa	

1-5 Perfil de la Empresa Complete toda la información comercial y de contacto aplicable.

3 Años en Operación	Perfil Comercial y Operativo
Año de fundación: _____	Contacto principal: _____
Años con el nombre actual: _____	Puesto: _____
Nombres anteriores de la empresa: _____	Teléfono: _____
Estados / regiones atendidos: _____	Correo electrónico: _____
Licencias / registros: _____	Dirección de oficina: _____
Matriz / afiliada: _____	Sitio web: _____
	ID federal / fiscal (opcional): _____
	☐ Otro: _____

6-8 EMR y Tasas de Incidentes Registrables (TRIR, DART, LTIR) Proporcione documentación de respaldo para los periodos solicitados.

MÉTRICA	6 EMR (Tasa de Modificación de Experiencia)	8 TRIR	8 DART	8 LTIR	Años Reportados
DOCUMENTO	Carta de la aseguradora	Registros de OSHA	Hoja de cálculo de tasas	Explicaciones	Otra evidencia

Estado de evaluación: **ACEPTABLE SEGUIMIENTO CONDICIONAL NO ACEPTABLE**

Regla de revisión: La información debe estar completa, vigente y respaldada cuando se solicite. La calificación puede requerir aclaraciones, compromisos correctivos, condiciones específicas del proyecto o revisión adicional. Prevalecen los requisitos del cliente.

7 Historial de Citaciones de OSHA (Últimos 3 Años)

Enumere cada citación o indique "Ninguna"; adjunte explicaciones y disposiciones finales.

#	AÑO	CITACIÓN / NORMA / DESCRIPCIÓN	DISPOSICIÓN FINAL / ACCIÓN CORRECTIVA	ESTADO	FECHA DE CIERRE	ANEXO / REFERENCIA
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

Clave de Estado: A = Abierto C = Cerrado R = En Revisión N/A = No Aplica

Recordatorio de divulgación: Responda con precisión, adjunte evidencia vigente, explique los cambios importantes e identifique los asuntos pendientes. La presentación no garantiza la aprobación; la empresa solicitante puede verificar la información e imponer condiciones específicas del proyecto.

9-17 Seguros y Sistemas de Gestión de Seguridad

9-11 Información de Seguros	12-17 Información del Programa de Seguridad
☐ 9 Seguro de Compensación Laboral Aseguradora: _____ Núm. de póliza: _____ Límites: _____ Vencimiento: _____ ☐ Certificado adjunto ☐ 10 Seguro de Responsabilidad Civil General Aseguradora / póliza / límites: _____ Vencimiento: _____ ☐ Certificado adjunto Otra cobertura: _____ 11 Contacto de seguros: _____ ☐ Otro: _____	☐ 12 Disponibilidad del Programa de Seguridad ☐ 13 Políticas de Seguridad Escritas ☐ 14 Designaciones de Persona Competente ☐ 15 Programas de Capacitación de Empleados ☐ 16 Política de Drogas y Alcohol ☐ 17 Programa de EPP ☐ Gestión de Subcontratistas Contacto del programa: _____ Fecha de revisión: _____ Plan específico del sitio disponible: ☐ Sí ☐ No Deficiencias / condiciones del programa: _____ Documentos de respaldo adjuntos: ☐ Sí ☐ No ☐ Otro: _____

18 Referencias

Referencia 1 / Contacto		Referencia 1 / Teléfono / Correo Electrónico	
Referencia 2 / Contacto		Referencia 2 / Teléfono / Correo Electrónico	
Trabajo / Proyecto Similar	Descripción / valor: _____	¿Permiso para Contactar?	☐ Sí ☐ No ☐ Con previo aviso
Notas de la Referencia		Referencia Verificada por / Fecha	☐ Radio ☐ Teléfono ☐ Verbal ☐ Otro: _____

19 Lista de Anexos Requeridos

☐ Verificación de EMR	☐ Registros OSHA 300 / 300A	☐ Cálculos de TRIR / DART / LTIR	☐ Certificado de compensación laboral
☐ Certificado de responsabilidad civil general	☐ Programa de seguridad / políticas escritas	☐ Registros de capacitación / persona competente	☐ Otro: _____

Revisión de Calificación / Aclaraciones

Notifique a la empresa solicitante si la información presentada cambia significativamente antes o durante el periodo de calificación, incluidos seguros,

EMR, tasas de incidentes, citaciones, propiedad, personal, programas de seguridad, personal clave o prácticas de subcontratistas.

Proporcione evidencia actualizada

y obtenga la aceptación por escrito de toda condición de calificación revisada.

Núm. de Aclaración / Condición		Fecha / Hora	
Aclaración Solicitada / Condición de Calificación		Respuesta / Cerrado por	

20-22 Certificación y Firma del Contratista El representante autorizado certifica que la información presentada es precisa y completa.

CERTIFICACIÓN / REVISIÓN	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE	FIRMA	FECHA
20 Certificación del Contratista			
21 Firma del Representante de la Empresa			
Revisor de Calificación			
Aprobación de la Gerencia (si se requiere)			

Notas de Revisión / Seguimiento: Registre las solicitudes de aclaración, condiciones y cierre.

El representante autorizado de la empresa certifica que la información y los anexos son verdaderos, completos y vigentes a su leal saber y entender; autoriza una verificación razonable; y acepta reportar de inmediato los cambios importantes.

ACLARACIÓN / CONDICIÓN	PERSONA RESPONSABLE	VENCE / RESPUESTA	CERRADO / VERIFICADO

20 Certificación del Contratista | 21 Firma del Representante de la Empresa | 23 Conservación del Registro

Estado del Cuestionario	☐ Completo ☐ Seguimiento ☐ Condicional ☐ No aceptado	Fecha / Hora	
Actualizaciones / Condiciones Requeridas	☐ Ninguno ☐ SI - referencia: _____	Comentarios del Revisor	
23 Lugar / Plazo de Conservación del Registro		Registro Cerrado / Conservado por	

IMPORTANTE: Este cuestionario apoya la precalificación de seguridad del contratista, pero no reemplaza la debida diligencia, requisitos contractuales,