

Declaración Jurada

Sr. Proveedor necesitamos conocer diversos aspectos de vuestra empresa, para la cual le requerimos que nos complete el siguiente formulario, a modo de Declaración Jurada.

Todos los datos consignados serán controlados y auditados por Holcim (Argentina) S.A., según aplique en función de la relación comercial vigente

Razón Social: _____
Nro de Proveedor _____
Dirección: _____
Nombre de la persona responsable _____
Documento de identidad (tipo y nro.) _____
Posición en la Compañía: _____
Correo electrónico: _____
Teléfono de la oficina: _____
Teléfono móvil: _____
FAX: _____
Fecha _____

Encuesta de responsabilidad Social

Favor marcar con una X dentro de los cuadros de opciones Si o No

Cumplimiento con las Normas de Responsabilidad Social

Esta encuesta es basada en los requisitos de la norma internacional SA8000 (Responsabilidad Social), las normas del lugar de

¿El Contratista y todas las compañías afiliadas cumplen las normas siguientes?

Trabajo Infantil: Cuenta dentro de su personal con menores de 18 años (según lo establecido en la Convención de OIT 138)

Si No

Trabajos forzados: Aplica ó ejecuta su personal labores forzadas

Si No

Salud y Seguridad: Proporciona ambiente de trabajo seguro y saludable; toma las medidas para prevenir las lesiones; da en forma regular entrenamiento en salud y seguridad; tiene un sistema para descubrir las amenazas a la salud y seguridad; tiene acceso a los baños y el agua potable

Si No

Libertad de Asociación y derecho al Trato de Colectivo: Respeta el derecho para formar sindicatos y asociaciones; donde la ley prohíbe estas libertades, facilita medios paralelos de asociación y negociación

Si No

Discriminación: Realiza alguna discriminación basada en la raza, origen, religión, invalidez, género, orientación sexual, unión o afiliación política, o edad.

Si No

Disciplina: Aplica castigo corporal, coerción física o mental o abuso verbal

Si No

Horas de trabajo: Cumple la ley aplicable pero, en todo caso, no más de 48 horas por semana con por lo menos un día de descanso por cada período de siete días; horas extraordinarias voluntaria pagadas de acuerdo a ley y no exceder 12 horas por semana en una base regular; las hora extraordinarias puede ser obligatoria si es parte del trato colectivo

Si

No

Compensación: Sueldos pagados deben cumplir los estándares legales y de la industria y ser suficientes para satisfacer la necesidad básica de obreros y sus familias; ninguna deducción disciplinaria

Si

No

Evaluación del proveedor usted tiene un Sistema para evaluar y supervisar a sus propios proveedores en el cumplimiento de esta norma?

Si

No

Encuesta en Seguridad Industrial y Salud Ocupacional

Contacto para seguridad industrial y salud ocupacional en la Compañía:

Nombre:

Título:

Teléfono

No.:

Correo electrónico:

Contacto para seguridad industrial y salud ocupacional Para este trabajo:

Nombre:

Título:

Teléfono

Correo

electrónico:

Por favor marcar con una X dentro de los cuadros de opciones Si o No

1. ¿ Tiene un programa de Seguridad y salud ocupacional escrito?

Si

No

En caso afirmativo, adjunte una copia a este programa

2. ¿ A cuántos empleados tiene su compañía actualmente? Y cuantos trabajando para el Grupo Holcim

Cía

Grupo Holcim

3. ¿Elabora pruebas de drogas y alcohol como parte de la calificación de su personal?

Si

No

4. Tiene un programa aleatorio para pruebas de alcohol y drogas?

Si

No

En caso afirmativo, adjunte una copia a este programa

6. Tiene como requisito un examen físico antes / después de la contratación

Si

No

7. tiene un programa de orientación al empleado es seguridad y salud ocupacional

Si

No

8. Su programa de seguridad y salud ocupacional incluye requisitos para:

a. Protección Respiratoria	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
b. Comunicación de Riesgos	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
c. Protección de Fuego	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
d. Trabajo en Caliente	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
e. Inspecciones de orden y limpieza.	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
f. Regulaciones de seguridad para Funcionamiento	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
g. Identificación de Riesgo	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
h. Monitoreo de Exposición	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
i. Reportes de accidentes y enfermedades	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
j. Uso de equipo de protección de la caídas	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
k. EPP	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
l. Entrada a espacios confinados	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
m. Protección auditiva	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
n. Primeros auxilios	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
o. Excavaciones	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
p. Patógenos en sangre	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
q. Asegurado y bloqueo de equipos	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

9. Usted tiene un plan de seguridad y salud ocupacional?

Si No

En caso afirmativo, el plan cubre?:

Entrenamiento en seguridad y salud ocupacional en la inducción a nuevo personal

Si No

Re-inducción personal de la empresa

Si No

Entrenamiento en nuevas tareas

Si No

Reentrenamiento anual es requerido (Contra incendios)

Si No

¿Tienen todos los empleados que usted llevaría este proyecto capacitación en seguridad y salud ocupacional?

Si No

¿Tiene todos los registros y documentación de todo el entrenamiento requerido?

Si No

10. ¿Usted tiene un supervisor a tiempo completo para seguridad y salud ocupacional?

Si No

11. Identifica un nuevo contacto para seguridad y salud ocupacional para cada nuevo trabajo

Si No

y una persona del Primeros auxilios Certificada para cada nuevo trabajo?

Si No

12. ¿Usted lleva a cabo reuniones de seguridad y salud ocupacional periódicas para sus empleados?

Si No

En caso afirmativo, qué periodo:

Semanal

Quincenal

Mensual

Otro periodo

Indique: vad

13. Hace inspecciones del lugar de trabajo por cada turno?

Si

No

¿Si sí, quién dirige las inspecciones?
(El título - el nombre)

14. ¿Usted documenta todas las inspecciones del pre-operacionales de equipo móvil?

Si

No

15. Investiga todos los accidentes e incidentes que involucran lesiones a los empleados?

Si

No

o daño a la propiedad / equipo?

Si

No

16. Las prácticas de seguridad y salud ocupacional de Holcim (cementos, hormigones, agregados), como el sistema de los permisos, prevención para caídas, EPP etc., están en controversia con sus prácticas de su compañía?

Si

No

En caso afirmativo, ¿cómo?

Encuesta en Cuanto a su Relación con nuestra Empresa

Declaro bajo juramento que los siguientes datos son ciertos y completos a la fecha de firma de la presente solicitud, y cualquier modificación en el futuro que se produzca la informaré a Holcim (Argentina) S.A. dentro de las 48 hs. de producida.

Adicionalmente, declaro conocer y aceptar que la omisión y/o falsedad y/o el incumplimiento en actualizar la información antes indicada será causal suficiente para que la respectiva sociedad del Holcim Argentina termine en forma automática cualquier vínculo comercial que tenga con el suscripto y/o con la empresa de la cual soy titular y/o represento

1) El suscripto y/o los integrantes (incluido pero no limitado a directores, funcionarios y/o empleados) de la empresa de la cual soy titular y/o represento, no son parientes por consanguinidad o afinidad ni amigos íntimos de ningún director, funcionario y/o empleado de ninguna sociedad del Holcim (Argentina) S.A. y/o Geocycle S.A.).

Firma del representante

2) El suscripto y/o los integrantes (incluido pero no limitado a directores, funcionarios y/o empleados) de la empresa de la cual soy titular y/o represento, tienen parientes por consanguinidad o afinidad ni amigos íntimos de un director, funcionario y/o empleado de alguna sociedad del Holcim (Argentina) S.A. y/o Geocycle S.A.). Al respecto, los datos pertinentes son:

a) Apellido y nombre del director, funcionario y/o empleado de la empresa proveedora:

b) Apellido y nombre del director, funcionario y/o empleado de la empresa Holcim (Argentina) S.A.:

c) Naturaleza de la relación de parentesco y/o amistad:

Firma del representante

3) El suscrito y/o los integrantes (incluido pero no limitado a directores, funcionarios y/o empleados) de la empresa de la cual soy titular y/o represento, no han sido empleados de ninguna sociedad del Holcim (Argentina) S.A. y/o Geocycle S.A.).

Firma del representante

4) El suscrito y/o los integrantes (incluido pero no limitado a directores, funcionarios y/o empleados) de la empresa de la cual soy titular y/o represento, hemos sido empleados de alguna sociedad del Holcim (Argentina) S.A. y/o Geocycle S.A.).

Al respecto, los datos pertinentes son:

a) Apellido y nombre del director, funcionario y/o empleado de la empresa proveedora: _____

b) Area donde se desempeñó en la empresa del Holcim (Argentina) S.A.: _____

c) Período: _____

Firma del representante