

PROCEDIMIENTO DE INGRESO DE PROVEEDORES, CLIENTES, VISITAS Y CHOFERES

Ingreso a las instalaciones de KAMARBE S.R.L.

El presente procedimiento bajo nomenclatura PROCINGRESOKA001-007, detallará el sistema formal y documental que deberán someterse los proveedores, los clientes, las visitas, los choferes y toda aquella persona ajena a la empresa KAMARBE S.R.L.

Solicitud de Ingreso

Toda persona, sea cliente, proveedor, chofer y/o visita que desee acceder al depósito de KAMARBE, deberá cumplimentar con la Inducción de Seguridad e higiene:

INDUCCIÓN DE HIGIENE Y SEGURIDAD

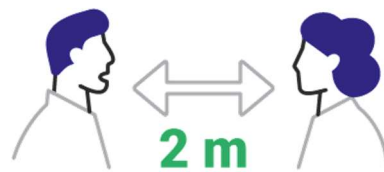
Las normas de seguridad e higiene son los instrumentos normativos para la prevención primaria y secundaria de salud en diversas actividades. En KAMARBE S.R.L., el objetivo principal de las normas de seguridad e higiene es prevenir los accidentes de trabajo y cualquier riesgo para la salud del trabajador, los clientes, nuestros proveedores y todas aquellas personas que decidan visitarnos.

Por su seguridad y la de todos utilice el Barbijo o mascarilla todo el tiempo que permanezca en nuestras instalaciones. De no tener uno del aviso y se le proporcionará de inmediato.

COVID-19: Medidas de prevención



USA LA MASCARILLA



Distancia de seguridad garantizada

SI NOS VISITAS, NO OLVIDES DE UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

USO OBLIGATORIO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL



DE NO CONTAR CON CASCO, BARBIJO O CALZADO DE SEGURIDAD, DE AVISO A LAS AUTORIDADES PARA QUE SE LES PROPORCIONE O SE LE BRINDE LA INFORMACIÓN.

PUEDE ACCEDER A NUESTRA INDUCCIÓN DE HIGIENE y SEGURIDAD A TRAVES DE NUESTRO CODIGO QR



Toda persona, sea cliente, proveedor, chofer y/o visita que desee acceder al depósito de KAMARBE, deberá solicitar Turno o aviso de concurrencia enviándonos un e-mail a viajes@kamarbe.com.ar,

nuestro Supervisor de Almacén se pondrá en contacto y establecerá un día y horario en que puede visitarnos.

Toda persona, sea cliente, proveedor, chofer y/o visita que desee acceder al depósito de KAMARBE, deberá cumplimentar con la siguiente documentación:

1. Trabajadores en relación de dependencia.

a. - Certificado de cobertura de ART con nomina + Clausula de no repetición (CNR) a favor de KAMARBE SRL CUIT: 30-68354268-3, ambos vigentes (30 días desde su emisión). -

b. DDJJ COVID-19.

2. Trabajadores autónomos:

a. Seguro de accidentes personales con un monto de cobertura igual o mayor a \$4.000.000 + Cláusula de no repetición (CNR) a favor de KAMARBE SRL CUIT: 30-68354268-3, ambos vigentes (30 días desde su emisión). + comprobante de pago del mes en curso.

b. DDJJ COVID-19.

3. Transportistas para entrega o recepción de carga:

a. DDJJ COVID-19. Formato de Correo y documentación a presentar: Para: • El correo debe ser enviado a VIAJES@KAMARBE.COM.AR Asunto del correo • El asunto del correo deberá indicar solo el siguiente texto: SOLICITUD DE INGRESO + Nombre de la Razón Social que solicita la autorización (Debe

coincidir con el Nombre que figure en la Documentación Presentada) o Nombre de la persona en caso de trabajadores independientes.

1. EJEMPLO: Para: VIAJES@KAMARBE.COM.AR Cc: Asunto: SOLICITUD DE INGRESO / Empresa xxxxxxxxxxxxxxxx La documentación debe ser enviada 48hs. hábiles antes de ingreso y en formato digital, sin excepción,

Todas las personas que deseen ingresar a nuestras instalaciones deberán de cumplimentar los puntos anteriores, de lo contrario no podrán ingresar, por favor cumpla las indicaciones de seguridad.

En el anexo I encontrará la planilla de Declaración Jurada del COVID-19.

ANEXO I

DECLARACIÓN JURADA COVID-19

Sres: KAMARBE SRL

Por medio de la presente declaro bajo juramento:

No haber estado de forma permanente o transitoria, y/o haber mantenido contacto estrecho con personas que hayan estado, durante los últimos 14 días en el extranjero y tengo conocimiento de la obligatoriedad de aislamiento en el caso de haber estado en zonas afectadas y la pena legal que conlleva.

Que no he manifestado síntomas compatibles con COVID-19: tos; fiebre; dolor de garganta; dificultad respiratoria; disgeusia (perdida del gusto); anosmia (perdida del olfato); en los últimos catorce (14) días.

Que no he estado en contacto estrecho con personas que haya sido diagnosticadas con COVID-19 en los últimos catorce (14) días.

Que ante la primera sospecha de padecer alguno/s de los síntomas COVID-19, asumo la obligación de no asistir a mi trabajo, aislarme preventivamente en forma inmediata, comunicar tal circunstancia al número telefónico correspondiente a la ciudad donde me encuentro, e informar inmediatamente a mi empleador dicha circunstancia para que adopte las medidas correspondientes.

Que ante la primera sospecha de que alguna persona con la cual mantengo o mantuve contacto estrecho padece alguno/s de los síntomas COVID-19, asumo la obligación de no asistir a mi trabajo, aislarme preventivamente en forma inmediata, comunicar tal circunstancia al número telefónico correspondiente a la ciudad donde me encuentro, e informar inmediatamente a mi empleador dicha circunstancia para que adopte las medidas correspondientes.

Que conozco y asumo las responsabilidades civiles y penales de incumplir con dichas obligaciones, y específicamente las contempladas en los Artículos 202, 203, 205, 239 y concordantes del Código Penal.

Firma:

DNI:

Aclaración:

Teléfono:

Empresa:

Fecha: