COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA	PROCESO TALENTO Y BIENESTAR HUMANO FORMATO DE VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE USO DE ELEMENTOS Y EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL EN LA EJECUCION DE OBRAS	CORPORACIÓN NASA KIWE

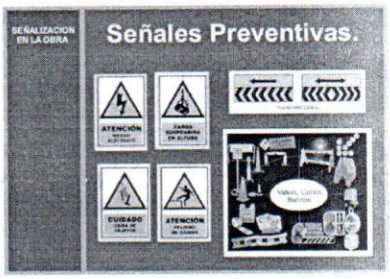
A. DATOS GENERALES

1. FECHA DE VERIFICACIÓN:	DD 23	MM 11	AA 2023.
2.: NÚMERO DEL CONTRATO	116-2023	3. NOMBRE CONTRATISTA:	Jair Lopez Rojas
4. OBJETO DEL CONTRATO:	Construcción del Establecimiento de Salud para la localidad de La Planada de Avirama y sectores aledaños, Resguardo de Avirama, municipio de Páez, departamento del Cauca		
5. LUGAR DE EJECUCION DE LA OBRA	PLANADA DE AVIRAMA - MPIO PAEZ	6. NOMBRE DEL ING. RESIDENTE/MAESTRO:	PATRICIA URDOÑEZ URIBE

B. LISTA DE VERIFICACIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN Y ELEMENTOS PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)

LISTA DE CHEQUEO

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	CUMPLE			ELEMENTOS DE DEMARCACIÓN DE ZONA DE TRABAJO	CUMPLE		
	SI	NO	N/A		SI	NO	N/A
7.Overol			X	13. Escalera		X	
8.Botas con puntera de acero			X	14. Arnés de seguridad 	X		
9 Casco con resistencia y absorción ante impactos.	X			15. Eslinga en "Y" 	X		
10. Gafas de seguridad.			X	16. Protección respiratoria según el riesgo, si es necesaria			X
11. Protección auditiva - Tapa oídos, si es necesaria.			X	17. Ropa de protección frente a riesgo eléctrico, si es necesario			X
12. Guantes dieléctricos, si es necesario 			X	18. Guante de tela moteado 			X

19. Guantes de descarne. 	X			24. Camilla rígida 	X		
20. Andamio Utilizado: 20.1 Tubular 20.2. Colgado 20.3. Móviles.	X — —	— — —	— — —	25. Señales preventivas 	X		
21. Conos naranja de demarcación de 30 o 45 cms de altura			X	26. Línea de vida vertical.	X		
22. Cinta amarillo y negro para delimitación de área de trabajo	X			27. Botiquín de primeros auxilios	X		
23. El personal se encuentra afiliado a Seguridad Social (anexar planilla de pago del personal adscrito)	X			***NOTA**: Cuando alguna de las condiciones de la anterior lista de chequeo no se cumpla, se hará el requerimiento al Contratista mediante comunicación, y se dejará constancia en la bitácora, para que se tomen las medidas pertinentes y subsanar el incumplimiento*			

C. ESPACIO PARA FIRMAS	
FIRMA DEL RESPRESENTANTE DEL CONTRATISTA EN LA OBRA	**FIRMA DEL SUPERVISOR /INTERVENTOR/CONTRATISTA DE APOYO A LA SUPERVISION- CNK**
Nombre: Patricia Oidoñez Uribe	**Nombre:** Carlos E. Beltrán V.
Cargo: Residente de Obra.	**Cargo:** Apoyo Supervision .