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

A. DATOS GENERALES

1. FECHA DE VERIFICACIÓN:	DD: 24	MM: Septiembre	AA: 2025
2.: NÚMERO DEL CONTRATO	052 - 2025	**3. NOMBRE CONTRATISTA:**	ARANCO INGENIEROS SAS
4. OBJETO DEL CONTRATO:	Construccion del sistema de acueducto para la localidad de Avanzazu vereda Ricaurte - Paez		
5. LUGAR DE EJECUCION DE LA OBRA	Avanzazu	**6. NOMBRE DEL ING. RESIDENTE/MAESTRO:**	Res: William Fdo. Medina Maes: Yamid Hernando Medina

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			
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		

	SI	NO	N/A		SI	NO	N/A
20. Andamio Utilizado: 20.1 Tubular 20.2. Colgado 20.3. Móviles.	— — —	X X 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:	**Nombre:** Ing Diego Ernesto Bravo
Cargo:	**Cargo:** Contratista Apoyo Supervisión