

		FORMATO DE VERIFICACIÓN DE EXCAVACIÓN Y ELIMINACIÓN DE MATERIAL EXCEDENTE				Código: MEL-SIG-CAL-FO-02
						Versión: 00
						Fecha:
						Página: 01

PROYECTO:		<i>RECUPERACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL DE APOYO CASMA II - 1</i>			
CLIENTE:		<i>"AUTORIDAD PARA LA RECONSTRUCCIÓN CON CAMBIOS"</i>			
BLOQUE:				Registro N°:	
UBICACIÓN:				Fecha:	
ELEMENTO:					

N° PLANO				REV			
-----------------	--	--	--	------------	--	--	--

DESCRIPCIÓN		ING. DE CAMPO (CONSTRUCCIÓN)			
		C	NC	NA	COMENTARIOS
1	Comprobación de vigencia de Planos y datos topograficos				
2	Operatividad y calibración de los equipos topograficos				
3	Comprobación de puntos topograficos				
4	Operatividad de los equipos y vehiculos de movimiento de tierras				
5	Ubicación del trazo, medidas y profundidad de corte				
6	Nivel de Excavación de Terreno				
7	Material adecuado para relleno				
7.1	Documento asociado al muestreo (proctor)				
8	Aplica calzada/Entibado				
8.1	Mezcla según diseño (concreto ciclopeo)				
8.2	Proceso constructivo por paños intercalados				
8.3	Verificación de medidas de los paños según plano				

C: CONFORME		NC: NO CONFORME		NA: NO APLICA	
Se adjunta fotografías:		SI	☐	NO	☐
Se adjunta Croquis:		SI	☐	NO	☐

CONFORMIDAD	
OBSERVACIONES:	Firma:
	Cargo:
	Nombre:
	Fecha:
RESPONSABLE DE MELCONSI SAC	

Firma:	Firma:	Firma:
Cargo:	Cargo:	Cargo:
Nombre:	Nombre:	Nombre:
Fecha:	Fecha:	Fecha:
JEDE DE PRODUCCIÓN SUYAY II	RESPONSABLE DE CALIDAD SUYAY II	RESPONSABLE DE SITIO DE SUYAY II