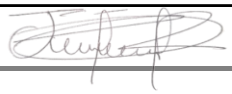
REGISTRO PROGRAMA ABASTECIMIENTO O SUMINISTRO DE AGUA POTABLE

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR	LUGAR:	HI GERONA ARCOIRIS DE AMOR	MES:	AGOSTO

Indicaciones de diligenciamiento: Identificar si cumple o no cumplen los siguientes parámetros en el agua de consumo: Sabor: Aceptable Olor: Aceptable
Color: < 15 Unidades de platino cobalto - UPC Cloro residual libre: 0.3 - 2.0 mg/litros Metodología de diligenciamiento: **C:** Cumple **NC:** No cumple

ASPECTO A EVALUAR		VERIFICACIÓN CALIDAD DEL AGUA																									
		1° Semana					2° Semana					3° Semana					4° Seman a					5° Semana				
		L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V
SABOR					C	C	C	C		C	C	C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C	C	C	C
OLOR					C	C	C	C		C	C	C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C	C	C	C
COLOR					C	C	C	C		C	C	C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C	C	C	C
PRESENCIA DE MATERIA EXTRAÑA					C	C	C	C		C	C	C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C	C	C	C
CLORO RESIDUAL INDIQUE RESULTADO	DATO																									
	CUMPLE O NO CUMPLE																									

RESPORTE	
ELEMENTO	**FECHA**
Redes hidrosanitarias	
Tanques elevados	
Tanques subterráneos	
Purificadores y/o filtros de agua	
(incluir otros)	



ABRIL

S MANTENIMIENTO, LAVADO Y DESINFECCIÓN
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

OBSERVACIONES

C	C	C	C		C	C	C	C	C

C C C C C C C C C

C C C C C C C C C C

C C C C C C C C C

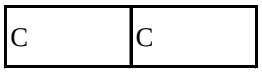
AGOSTO

C	C		C	C	C	C	C	C	C

C C C C C C C C C

C C C C C C C C C

C C C C C C C C C



C C

C C

C C