ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS	Código: FOR-PSS-068 Versión: 1 Fecha: Memo Int 33907 – 15/06/2018 Página: 1 de 9

1. NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: Centro Comunidad de Cuidado Hogar Casa Santa María

MES: Octubre **AÑO:** 2024

2. Nombre del responsable del diligenciamiento: William Alexander Henao Alonso

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 01 al 06							3. Semana Dos del 07 al 13							3. Semana Tres del 14 al 20							3. Semana Cuatro del 21 al 27							3. Semana Cinco del 28 al 31						
	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
HABITACIONES 1-2-3 / AREAS COMUNES – PRIMERA PLANTA																																		
Pisos		1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			
Paredes		NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA			NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA			
Techo		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA			
Ventanas		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA			
Puertas		NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1			
Camas		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA			
Colchón		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA			
Tendidos y Sábanas		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	1	NA	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1			
Lámparas/Bombillos		NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	NA	NA			NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	LA	1			
Muebles		1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			
Punto Ecológico		NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA			
BAÑOS PRIMERA PLANTA																																		
Pisos		1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			
Paredes		NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	1			

La calificación de la verificación es: 1 = ACEPTABLE, 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 01 al 06							3. Semana Dos del 07 al 13							3. Semana Tres del 14 al 20							3. Semana Cuatro del 21 al 27							3. Semana Cinco del 28 al 31						
	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
Techo		NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA				NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA			
Ventanas		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA			
Lavamanos		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			
Sanitarios/Inodoro		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			
Papelera		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			
Lámpara/Bombillo		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA			
Puertas		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA			
HABITACIONES – AREAS COMUNES																																		
Pisos		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			
Paredes		NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA				NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA			
Techo		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA			
Ventanas		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA			
Puertas		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA			
Camas		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA			
Colchón		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA			
Tendidos y Sábanas		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA			
Lámparas/Bombillos		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA			
Sillas y Mesas		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			
Punto Ecológico		NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1				NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	1			
BAÑO SEGUNDO PISO																																		

La calificación de la verificación es: 1 = ACEPTABLE, 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 01 al 06							3. Semana Dos del 07 al 13							3. Semana Tres del 14 al 20							3. Semana Cuatro del 21 al 27							3. Semana Cinco del 28 al 31						
	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
Pisos		1	1	1	1	1		1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			
Paredes		NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA				NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA			
Techo		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA			
Ventanas		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA			
Lavamanos		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			
Sanitarios/Inodoro		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			
Papelera		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			
Puertas		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA			
OFICINA TERCER PISO / AREAS DE ARCHIVO / COORDINACIÓN / OFICINA PROFESIONALES																																		
Pisos		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			
Paredes		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA			
Techo		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA			
Ventanas		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA			
Lámparas/Bombillos		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA			
Archivadores		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA			
Muebles		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			
Puertas		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA			
Baños		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			

La calificación de la verificación es: 1 = ACEPTABLE, 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS	Código: FOR-PSS-068 Versión: 1 Fecha: Memo Int 33907 – 15/06/2018 Página: 4 de 9

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 01 al 06							3. Semana Dos del 07 al 13							3. Semana Tres del 14 al 20							3. Semana Cuatro del 21 al 27							3. Semana Cinco del 28 al 31						
	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
AREA DE ENFERMERÍA																																		
Pisos		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			
Paredes		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA			
Techo		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA			
Puertas		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA			
Camilla		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA			
Vitrinas		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA			
Botiquín		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA			
Escritorios		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			
Baño		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			
TALLER DE MANUALIDADES																																		
Pisos		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			
Paredes		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA			
Techo		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA			
Ventanas		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA			
Sillas		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			
Mesas		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			
ZONA DE LOCKERS																																		
Pisos		1	1	1	1			NA	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			
Paredes		NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1				NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA			

La calificación de la verificación es: 1 = ACEPTABLE, 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 01 al 06							3. Semana Dos del 07 al 13							3. Semana Tres del 14 al 20							3. Semana Cuatro del 21 al 27							3. Semana Cinco del 28 al 31						
	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
Techo		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA			
Lockers		NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA				NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1			
PATIO																																		
Pisos		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			
Paredes		NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA				NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1			
Techo		NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA				NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA			
Puertas		NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA				NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1			
Ventanas		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA			
Sillas		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA			
Canaleta de drenaje		NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA				NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1			
COMEDOR																																		
Pisos		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			
Paredes		NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA				NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1			
Techo		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA			
Puerta		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA			
Canecas		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA			
Ventanas		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA			
Muebles		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			
Mesas		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			
Sillas		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			
Mesón		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			

La calificación de la verificación es: 1 = ACEPTABLE, 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 01 al 06							3. Semana Dos del 07 al 13							3. Semana Tres del 14 al 20							3. Semana Cuatro del 21 al 27							3. Semana Cinco del 28 al 31						
	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
Estufa		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			
Peto		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	1	NA	NA				NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA			
Menaje		1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1			
Horno		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	1	NA	NA				NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA			
Mesón de Servicio		1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1			
LAVANDERIA																																		
Pisos		1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1			
Paredes		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA			
Techo		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA			
Puertas		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA			
Ventanas		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA			
Estibas Plásticas		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA			
Contenedores Plásticos		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA			
Dura kart		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA			
Lavadora		NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	1	NA				NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1			
Secadora		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA			
Baño		1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1			
CARTO ALMACENAMIENTO TEMPORAL DE RESIDUOS ORDINARIOS																																		

La calificación de la verificación es: 1 = ACEPTABLE, 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 01 al 06							3. Semana Dos del 07 al 13							3. Semana Tres del 14 al 20							3. Semana Cuatro del 21 al 27							3. Semana Cinco del 28 al 31						
	L	**M**	**M**	**J**	**V**	**S**	**D**	**L**	**M**	**M**	**J**	**V**	**S**	**D**	**L**	**M**	**M**	**J**	**V**	**S**	**D**	**L**	**M**	**M**	**J**	**V**	**S**	**D**	**L**	**M**	**M**	**J**	**V**	**S**	**D**
Piso		NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1				NA	1	NA	1				1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA			
Paredes		NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1				NA	1	NA	1				1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA			
Techo		NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1				NA	1	NA	1				1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA			
Puerta		NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1				NA	1	NA	1				1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA			
Lámparas/Bombillos		NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1				NA	1	NA	1				1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA			
Canecas		NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1				NA	1	NA	1				1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA			
CARTO ALMACENAMIENTO TEMPORAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS																																			
Piso		NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1				NA	1	NA	1				1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA			
Paredes		NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1				NA	1	NA	1				1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA			
Techo		NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1				NA	1	NA	1				1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA			
Puerta		NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1				NA	1	NA	1				1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA			
Lámparas/Bombillos		NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1				NA	1	NA	1				1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA			
Canecas		NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1				NA	1	NA	1				1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA			
GIMNASIO																																			
Máquinas y Equipos		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA			
Piso		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA			
Paredes		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA			
Techo		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA			

La calificación de la verificación es: 1 = ACEPTABLE, 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 01 al 06							3. Semana Dos del 07 al 13							3. Semana Tres del 14 al 20							3. Semana Cuatro del 21 al 27							3. Semana Cinco del 28 al 31						
	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
Espejo		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA			
Lámparas/Bombillos		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA			
Baño		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA			
Oficina		1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1			
Camillas		1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1			
Colchonetas		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA			
Balones		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA			
SALA SENSORIAL																																		
Piso		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA			
Paredes		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA			
Techo		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA			
Lámparas/Bombillos		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA			
Puerta		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA			
Equipos		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA			

La calificación de la verificación es: 1 = ACEPTABLE, 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

5. OBSERVACIONES	6. ACCIONES CORRECTIVAS (TIEMPO PROPUESTO)	7. RESPONSABLE(S)