

REGISTRO PROGRAMA ABASTECIMIENTO O SUMINISTRO DE AGUA POTABLE

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR	LUGAR:	HI ESTRELLITAS DE COLORES	MES:	noviembre
--------------------------------------	----------------------------	--------	---------------------------	------	-----------

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																								
		1ª Semana					2ª Semana					3ª Semana					4ª Seman a					5ª 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	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	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	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	C	C	C	C	C
CLORO RESIDUAL	DATO																									
INDIQUE RESULTADO	CUMPLE O NO CUMPLE																									

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



ABRIL

RTES MANTENIMIENTO, LAVADO Y DESINFECCIÓN	
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	

C

C

—

C

C

OBSERVACIONES	
C	C

C

C

C

C

C

C

HI ESTREI

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

PLANTAS DE COLORES

ABRII

[illegible]

C C C C C C C C C C C C C C C C

C	C
C	C

C C
C C