Regional Valle	Centro Gestión Tecnologica de Servicios **LISTA DE CHEQUEO**	9311-FP-FO-19 Fecha: Octubre 2008 Versión: 1

1. DATOS GENERALES

PROGRAMA (S) DE FORMACIÓN: SERVICIOS DE ALIMENTACION Y LIMPIEZA

EVIDENCIA DE APRENDIZAJE: INSPECCIÓN DEL ESTABLECIMEINTO DE COMIDAS

RESULTADO(S) DE APRENDIZAJE:

Realizar procedimientos básicos de limpieza en áreas según estándares establecidos y especificaciones de la empresa

NOMBRE DEL APRENDIZ:

2. CRITERIOS DE EVALUACIÓN:

Implementa acciones de control y seguimiento para la prevención de las plagas, según normativa vigente.
Maneja canales de comunicación según estructura organizacional.
Inspecciona visualmente la calidad de la limpieza acorde a características del equipo.
Implementa la gestión integral de residuos dentro de una comunidad o empresa, teniendo en cuenta normatividad vigente.

3. LISTA DE CHEQUEO DE ESTABLECIMIENTO DE COMIDAS

No.	INDICADOR			
	PERSONAL	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
1	ASEO E HIGIENE PERSONAL (CABELLO, UÑAS, BARBA,ANILLOS, COLLARES, UNIFORME, MAQUILLAJE)			
2	LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS,			
3	UTILIZA EPP CORRESPONDIENTES			
4	EL MANIPULADOR UTILIZA UNIFORME CLARO Y LIMPIO			
	EQUIPOS	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
1	MENAJE (DESINFECCION ADECUADA, ESTADO DE VAJILLA)			
2	CONDICIONES HIGIENICAS DE MESONES, REPISAS, LAVADOS.			
3	EQUIPO DE LIMPIEZA, (POZO DE TRAPEADORES Y ESCOBAS)			
4	CONDICIONES HIGIENICAS DE MESONES, REPISAS, LAVADOS.			

5	CONDICIONES HIGIÉNICAS DE LA NEVERA			
6	CONDICIONES HIGIÉNICAS DE LA ESTUFA			
	SUPERFICIES	**SI**	**NO**	**OBSERVACIONES**
1	ESTRUCTURA DE LOS TECHOS Y PAREDES			
2	CONDICIONES HIGIENICAS EN TECHOS Y PAREDES			
3	ESTRUCTURA DE MESONES Y PISOS			
4	CONDICIONES HIGIENICAS DE MESONES Y PISOS			
5	CONDICIONES HIGIENICAS DE BAÑO (SI LO HAY)			

Concepto: Cumple: _____ **Aún No Cumple:**_____

Si el concepto es **Aún no cumple,** se **debe describir** las deficiencias en el (los) indicador(es) con el propósito de hacer los correctivos necesarios

Descripción de la deficiencia: _____

_____

_____

Recomendaciones: _____

_____

_____

Fecha: D_____M_____A_____

Condiciones : _____