1. NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: Centro de Comunidad de Cuidado Hogar Clarita Santos
MES: ABRIL
AÑO: 2025

2. Nombre del responsable del Seguimiento: Mónica Marcela Caballero Ruiz Cargo: Gastrónoma

3. Desinfectante utilizado: Hipoclorito de sodio Marca: Qualis
Lote:2 5 0 2 0 2

3. Fecha de vencimiento: 1/08/2025 **3. Concentración:** 5%

4. Semana: Uno (Del 01 al 06)

5. Áreas, alimentos, espacios y elementos	L		M		M		J		V		S		D	
	Cantidad de agua (L)	Cantidad desinfectante (ml)	Cantidad de agua (L)	Cantidad desinfectante (ml)	Cantidad de agua (L)	Cantidad desinfectante (ml)	Cantidad de agua (L)	Cantidad desinfectante (ml)	Cantidad de agua (L)	Cantidad desinfectante (ml)	Cantidad de agua (L)	Cantidad desinfectante (ml)	Cantidad de agua (L)	Cantidad desinfectante (ml)
Frutas y verduras			1	1ML	1	1ML	1	1ML	1	1ML	1	1ML	1	1ML
Bolsas de leche, empaques lácteos			1	1ML	1	1ML	1	1ML	1	1ML	1	1ML	1	1ML
Bolsas de pulpa de frutas			NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Equipos y utensilios			1	3ML	1	3ML	1	3ML	1	3ML	1	3ML	1	3ML

6. OBSERVACIONES

NOMBRE	CARGO/ROL	FIRMAS
Yamile Andrea Viana Osorio	Nutricionista Dietista	
Sor Gilma Castro Castro	Coordinadora	
Monica Marcela Cabellero Ruíz	Gastrónoma	

1. NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: Centro de Comunidad de Cuidado Hogar Clarita Santos
MES: ABRIL AÑO: 2025

2. Nombre del responsable del Seguimiento: Mónica Marcela Caballero Ruíz 2. Cargo: Gastrónoma

3. Desinfectante utilizado: Hipoclorito de sodio Marca: Qualis
Lote: 2 5 0 2 0 2

3. Fecha de vencimiento:1/08/2025 **3. Concentración:** 5%

4. Semana: Dos (Del 06 al 13)

5. Áreas, alimentos, espacios y elementos	**L**		**M**		**M**		**J**		**V**		**S**		**D**	
	Cantidad de agua (L)	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**
Frutas y verduras	1	1ML	1	1ML	1	1ML	1	1ML	1	1ML	1	1ML	1	1ML
Bolsas de leche, empaques lácteos	1	1 ML	1	1M	1	1M	1	1M	1	1M	1	1M	1	1M
Bolsas de pulpa de frutas	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Equipos y utensilios	1	3 ML	1	3M	1	3M	1	3M	1	3M	1	3M	1	3M

6. OBSERVACIONES

NOMBRE	CARGO/ROL	FIRMAS
Yamile Andrea Viana Osorio	Nutricionista Dietista	
Sor Gilma Castro Castro	Coordinadora	
Monica Marcela Cabellero Ruíz	Gastrónoma	

1. NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: Centro de Comunidad de Cuidado Hogar Clarita Santos
MES: ABRIL AÑO: 2025

2. Nombre del responsable del Seguimiento: Mónica Marcela Caballero Ruíz — 2. Cargo: Gastrónoma

3. Desinfectante utilizado: Hipoclorito de sodio — 3. Marca: Qualis
Lote: 2 5 0 2 0 2

3. Fecha de vencimiento:1/08/2025 — **3. Concentración:** 5%

4. Semana: Tres (Del 14 al 20)

5. Áreas, alimentos, espacios y elementos	L		M		M		J		V		S		D	
	Cantidad de agua (L)	Cantidad desinfectante (ml)	Cantidad de agua (L)	Cantidad desinfectante (ml)	Cantidad de agua (L)	Cantidad desinfectante (ml)	Cantidad de agua (L)	Cantidad desinfectante (ml)	Cantidad de agua (L)	Cantidad desinfectante (ml)	Cantidad de agua (L)	Cantidad desinfectante (ml)	Cantidad de agua (L)	Cantidad desinfectante (ml)
Frutas y verduras	1	1ML	1	1ML	1	1ML	1	1ML	1	1ML	1	1ML	1	1ML
Bolsas de leche, empaques lácteos	1	1M	1	1M	1	1M	1	1M	1	1M	1	1M	1	1M
Bolsas de pulpa de frutas	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Equipos y utensilios	1	3M	1	3M	1	3M	1	3M	1	3M	1	3M	1	3M

6. OBSERVACIONES

NOMBRE	CARGO/ROL	FIRMAS
Yamile Andrea Viana Osorio	Nutricionista Dietista	
Sor Gilma Castro Castro	Coordinadora	
Monica Marcela Cabellero Ruíz	Gastrónoma	

1. NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO HOGAR NAZARETH
MES: ABRIL AÑO: 2025

2. Nombre del responsable del Seguimiento: Mónica Marcela Caballero Ruíz — 2. Cargo: Gastrónoma

3. Desinfectante utilizado: Hipoclorito de sodio — 3. Marca: Qualis
Lote: 2 5 0 2 0 2

3. Fecha de vencimiento:1/08/2025 — **3. Concentración:** 5%

4. Semana: Cuatro (Del 21 al 27)

5. Áreas, alimentos, espacios y elementos	**L**		**M**		**M**		**J**		**V**		**S**		**D**	
	Cantidad de agua (L)	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**
Frutas y verduras	1	1ML	1	1ML	1	1ML	1	1ML	1	1ML	1	1ML	1	1ML
Bolsas de leche, empaques lácteos	1	1M	1	1M	1	1M	1	1M	1	1M	1	1M	1	1M
Bolsas de pulpa de frutas	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Equipos y utensilios	1	3M	1	3M	1	3M	1	3M	1	3M	1	3M	1	3M

6. OBSERVACIONES

NOMBRE	CARGO/ROL	FIRMAS
Yamile Andrea Viana Osorio	Nutricionista Dietista	
Sor Gilma Castro Castro	Coordinadora	
Monica Marcela Cabellero Ruíz	Gastrónoma	

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	**PROCESOPRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES** **FORMATO SEGUIMIENTO A SOLUCIONES DESINFECTANTES**	**Código:**FOR-PSS-065 **Versión:**0 **Fecha:**Memo Int. 38379 – 18/07/2017 Página: 6 de 6

1. NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO HOGAR NAZARETH
MES: ABRIL AÑO: 2025

2. Nombre del responsable del Seguimiento: Mónica Marcela Caballero Ruíz — 2. Cargo: Gastrónoma

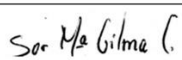
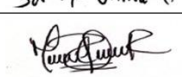
3. Desinfectante utilizado: Hipoclorito de sodio — 3. Marca: Qualis
Lote: 2 5 0 2 0 2

3. Fecha de vencimiento:1/08/2025 — **3. Concentración:** 5%

4. Semana: Cuatro (Del 28 al 30)

5. Áreas, alimentos, espacios y elementos	L		M		M		J		V		S		D	
	Cantidad de agua (L)	Cantidad desinfectante (ml)	Cantidad de agua (L)	Cantidad desinfectante (ml)	Cantidad de agua (L)	Cantidad desinfectante (ml)	Cantidad de agua (L)	Cantidad desinfectante (ml)	Cantidad de agua (L)	Cantidad desinfectante (ml)	Cantidad de agua (L)	Cantidad desinfectante (ml)	Cantidad de agua (L)	Cantidad desinfectante (ml)
Frutas y verduras	1	1ML	1	1ML	1	1ML								
Bolsas de leche, empaques lácteos	1	1M	1	1M	1	1M								
Bolsas de pulpa de frutas	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A								
Equipos y utensilios	1	3M	1	3M	1	3M								

6. OBSERVACIONES

NOMBRE	CARGO/ROL	FIRMAS
Yamile Andrea Viana Osorio	Nutricionista Dietista	
Sor Gilma Castro Castro	Coordinadora	
Monica Marcela Cabellero Ruíz	Gastrónoma	

Para diligenciar correctamente el Formato Seguimiento a Soluciones Desinfectantes, tenga en cuenta las siguientes instrucciones:
El Objetivo del formato es verificar el seguimiento que se realiza a la preparación de las soluciones desinfectantes que se requieren en la unidad operativa con el fin de garantizar procesos de saneamiento adecuados que aseguren una adecuada ejecución del Programa de Limpieza y desinfección. Este formato está programado de manera semanal, debe diligenciarse diariamente y nunca de forma anticipada, por el personal asignado.
En la parte superior del formato, en la casilla No. 1 se debe diligenciar el nombre de la Unidad Operativa, con el mes de aplicación (En letras) y el año vigente (Los cuatro dígitos).
En la casilla No. 2 se debe diligenciar el nombre completo y cargo de la persona que realiza el seguimiento a las soluciones desinfectantes.
En la casilla No. 3 se debe diligenciar el nombre del desinfectante, marca, lote, fecha de vencimiento y concentración, estos datos se encuentran en el rotulo del producto.
En la casilla No. 4 se debe diligenciar el número de la semana con respecto al mes a que corresponde la verificación.
En la casilla No. 4 se indica UNA semana de Lunes a Domingo, con las que podemos identificar día a día de la semana y así poder verificar: L: Lunes, M: Martes, M, Miércoles, J: Jueves, V: Viernes, S: Sábado y D: Domingo. Se debe contar con cuatro hojas de verificación para tener la totalidad delos días del mes. Cada día de acuerdo a los elementos y áreas a higienizar debe diligenciarse la cantidad de agua utilizada en Litros (L) y la cantidad de desinfectante utilizado en mililitros (ml o g) para las preparaciones de las diferentes soluciones desinfectantes.
En la casilla número 5 se indican las áreas, espacios o elementos a desinfectar, *según la unidad operativa.*
En la casilla número 6 se indica OBSERVACIÓN, se debe describir si existió algún tipo de falencia en la preparación de la solución desinfectante con el fin de corregir la acción y/o evitar posteriores falencias en este proceso. Se debe describir el día o días en que se generó la observación.