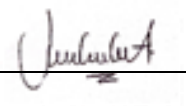
PROGRAMA DE ABASTECIMIENTO DE AGUA POTABLE

CONTROL DEL LAVADO Y DESINFECCIÓN DEL TANQUE DE AGUA POTABLE

113349 08-006 LAGOS DE TIMIZA

OBJETIVO: Verificar y realizar seguimiento a la higienización del tanque de agua con el fin de garantizar el adecuado almacenamiento del agua que se utiliza en las diferentes etapas de operación de alimentos en las unidades operativas.

1. RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN: **JOHANNA CAMERO ARIAS**

2.Nombre de la Empresa y fecha actual de higienización	3. Próxima fecha de higienización	4. Nombre del desinfectante usado	5. Ingrediente activo	6. Concentración utilizada	7. Firma Responsable Verificación y Seguimiento
FUMIGACIONES CEDICAR 08/06/2024	08/12/2024	HIPICLORITO	HIPICLORITO DE SODIO	5.25%	

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	**PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES** **FORMATO SEGUIMIENTO A SOLUCIONES DESINFECTANTES**	**Código:** FOR-PSS-065 **Versión:** 0 **Fecha:** Memo Int. 38379 – 18/07/2017 Página: 1 de 3

1. NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: 08-006 113349 LAGOS DE TIMIZA
MES:_JUNIO AÑO:_____2024__

2. Nombre del responsable del Seguimiento: JOHANNA CAROLONA CAMERO ARIAS 2. Cargo: RESPONSABLE DEL SERVICIO

3. Desinfectante utilizado: HIPOCLORITO 3. Marca: ALKOSTO
3. Lote: 09012402

3. Fecha de vencimiento: 09/07/2024 **3. Concentración: 5,25%**

4. Semana: 1 _(01/05/2024)_

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											10L	10ml		
Bolsas de leche, empaques lácteos											10L	10ml		
Bolsas de pulpa de frutas											8L	8ml		
Empaque de embutidos											N/A	N/A		
Enlatados											N/A	N/A		
Equipos y utensilios											3L	9ml		

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)**
Superficies											5L	15ml		
Baños											3L	24ml		
Ambiente											1L	3ml		
Mallas y anjeos											3L	24ml		
Uniforme (Peto de Plástico, botas y guantes)											2L	8ML		
Incluir otros de ser necesario														

6. OBSERVACIONES

ENCARGADO DEL SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD OPERATIVA:

_____JOHANNA CAMERO ARIAS 1022961718_____	_____	RESPONSABLE DEL SERVICIO
NOMBRE Y C.C.	FIRMA	CARGO

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 de los 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.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	**PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES** **FORMATO SEGUIMIENTO A SOLUCIONES DESINFECTANTES**	**Código:** FOR-PSS-065 **Versión:** 0 **Fecha:** Memo Int. 38379 – 18/07/2017 Página: 1 de 5

1. NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: 08-006 113349 LAGOS DE TIMIZA
MES:_JUNIO_____AÑO:_____2024__

2. Nombre del responsable del Seguimiento: JOHANNA CAROLONA CAMERO ARIAS 2. Cargo: RESPONSABLE DEL SERVICIO

3. Desinfectante utilizado: HIPOCLORITO 3. Marca: ALKOSTO
3. Lote: 09012402

3. Fecha de vencimiento: 09/07/2024 **3. Concentración: 5,25%**

4. Semana: 2 _(04/06/2024-08/06/2024)_

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			25L	25ml	25L	25ml	25L	25ml	25L	25ml	25L	25ml		
Bolsas de leche, empaques lácteos			1L	1ml	10L	10ml	1L	1ml	25L	25ml	1L	1ml		
Bolsas de pulpa de frutas			8L	8ml	8L	8ml	8L	8ml	8L	8ml	8L	8ml		
Empaque de embutidos			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
Enlatados			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
Equipos y utensilios			3L	9ml	3L	9ml	3L	9ml	3L	9ml	3L	9ml		

5. Áreas, alimentos,	**L**	**M**	**M**	**J**	**V**	**S**	**D**

espacios y elementos	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)
Superficies			5L	15ml	5L	15ml	5L	15ml	5L	15ml	5L	15ml		
Baños			2L	6ml	2L	6ml	2L	6ml	2L	6ml	2L	6ml		
Ambiente			2L	2ml	2L	2ml	2L	2ml	2L	2ml	2L	2ml		
Mallas y anjeos			3L	24ml	3L	24ml	3L	24ml	3L	24ml	3L	24ml		
Uniforme (Peto de Plástico, botas y guantes)			2L	8ML	2L	8ML	2L	8ML	2L	8ML	2L	8ML		
Incluir otros de ser necesario														

6. OBSERVACIONES

ENCARGADO DEL SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD OPERATIVA:

_____JOHANNA CAMERO ARIAS 1022961718_____	_____	RESPONSABLE DEL SERVICIO
NOMBRE Y C.C.	FIRMA	CARGO

1. NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: 08-006 113349 LAGOS DE TIMIZA
MES:_JUNIO AÑO:_____2024__

2. Nombre del responsable del Seguimiento: JOHANNA CAROLONA CAMERO ARIAS 2. Cargo: RESPONSABLE DEL SERVICIO

3. Desinfectante utilizado: DESIGFECTANTE GERMINCIDA CUATERNARIO 3. Marca: ORION
3. Lote: 33115

3. Fecha de vencimiento: 08/2025 **3. Concentración: 5,25%**

4. Semana: 2 _(04/06/2024-08/06/2024)_

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			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
Bolsas de leche, empaques lácteos			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
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		
Empaque de embutidos			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
Enlatados			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		

Equipos y utensilios			N/A	N/A	N/A	N/A	2L	400ml	N/A	N/A	N/A	N/A		
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)**
Superficies			N/A	N/A	N/A	N/A	5L	1000ml	N/A	N/A	N/A	N/A		
Baños			N/A	N/A	N/A	N/A	3L	600ml	N/A	N/A	N/A	N/A		
Ambiente			N/A	N/A	N/A	N/A	2L	400ml	N/A	N/A	N/A	N/A		
Área lavacolas			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
Juguetes de peluche			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
Incluir otros de ser necesario			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		

6. OBSERVACIONES

ENCARGADO DEL SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD OPERATIVA:

_____JOHANNA CAMERO ARIAS 1022961718_____	_____	RESPONSABLE DEL SERVICIO
NOMBRE Y C.C.	FIRMA	CARGO

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 de los 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.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	**PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES** **FORMATO SEGUIMIENTO A SOLUCIONES DESINFECTANTES**	**Código:** FOR-PSS-065 **Versión:** 0 **Fecha:** Memo Int. 38379 – 18/07/2017 Página: 1 de 5

1. NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: 08-006 113349 LAGOS DE TIMIZA
MES:_JUNIO_____AÑO:_____2024__

2. Nombre del responsable del Seguimiento: JOHANNA CAROLONA CAMERO ARIAS 2. Cargo: RESPONSABLE DEL SERVICIO

3. Desinfectante utilizado: HIPOCLORITO 3. Marca: ALKOSTO
3. Lote: 09012402

3. Fecha de vencimiento: 09/07/2024 **3. Concentración: 5,25%**

4. Semana: 3 _(11/06/2024-15/06/2024)_

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			25L	25ml	25L	25ml	25L	25ml	25L	25ml	25L	25ml		
Bolsas de leche, empaques lácteos			1L	1ml	1L	1ml	1L	1ml	25L	25ml	1L	1ml		
Bolsas de pulpa de frutas			8L	8ml	8L	8ml	8L	8ml	8L	8ml	8L	8ml		
Empaque de embutidos			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
Enlatados			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
Equipos y utensilios			3L	9ml	3L	9ml	3L	9ml	3L	9ml	3L	9ml		

5. Áreas, alimentos,		**M**	**M**	**J**	**V**	**S**	**D**

espacios y elementos	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)
Superficies			5L	15ml	5L	15ml	5L	15ml	5L	15ml	5L	15ml		
Baños			2L	6ml	2L	6ml	2L	6ml	2L	6ml	2L	6ml		
Ambiente			2L	2ml	2L	2ml	2L	2ml	2L	2ml	2L	2ml		
Mallas y anjeos			3L	24ml	3L	24ml	3L	24ml	3L	24ml	3L	24ml		
Uniforme (Peto de Plástico, botas y guantes)			2L	8ML	2L	8ML	2L	8ML	2L	8ML	2L	8ML		
Incluir otros de ser necesario														

6. OBSERVACIONES

ENCARGADO DEL SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD OPERATIVA:

_____JOHANNA CAMERO ARIAS 1022961718_____	_____	RESPONSABLE DEL SERVICIO
NOMBRE Y C.C.	FIRMA	CARGO

1. NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: 08-006 113349 LAGOS DE TIMIZA
MES:_JUNIO AÑO:_____2024__

2. Nombre del responsable del Seguimiento: JOHANNA CAROLONA CAMERO ARIAS 2. Cargo: RESPONSABLE DEL SERVICIO

3. Desinfectante utilizado: DESIGFECTANTE GERMINCIDA CUATERNARIO 3. Marca: ORION
3. Lote: 33115

3. Fecha de vencimiento: 08/2025 **3. Concentración: 5,25%**

4. Semana: 3 _(11/06/2024-15/06/2024)_

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			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
Bolsas de leche, empaques lácteos			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
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		
Empaque de embutidos			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
Enlatados			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		

Equipos y utensilios			N/A	N/A	N/A	N/A	2L	400ml	N/A	N/A	N/A	N/A		
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)**
Superficies			N/A	N/A	N/A	N/A	5L	1000ml	N/A	N/A	N/A	N/A		
Baños			N/A	N/A	N/A	N/A	3L	600ml	N/A	N/A	N/A	N/A		
Ambiente			N/A	N/A	N/A	N/A	2L	400ml	N/A	N/A	N/A	N/A		
Área lavacolas			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
Juguetes de peluche			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
Incluir otros de ser necesario			N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		

6. OBSERVACIONES

ENCARGADO DEL SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD OPERATIVA:

_____JOHANNA CAMERO ARIAS 1022961718_____	_____	RESPONSABLE DEL SERVICIO
NOMBRE Y C.C.	FIRMA	CARGO

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 de los 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.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	**PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES** **FORMATO SEGUIMIENTO A SOLUCIONES DESINFECTANTES**	**Código:** FOR-PSS-065 **Versión:** 0 **Fecha:** Memo Int. 38379 – 18/07/2017 Página: 1 de 5

1. NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: 08-006 113349 LAGOS DE TIMIZA
MES:_JUNIO _____ AÑO:_____2024__

2. Nombre del responsable del Seguimiento: JOHANNA CAROLONA CAMERO ARIAS 2. Cargo: RESPONSABLE DEL SERVICIO

3. Desinfectante utilizado: HIPOCLORITO 3. Marca: ALKOSTO
3. Lote: 09012402

3. Fecha de vencimiento: 09/07/2024 **3. Concentración: 5,25%**

4. Semana: 4 _(17/06/2024-22/06/2024)_

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	25L	25ml	25L	25ml	25L	25ml	25L	25ml	25L	25ml	25L	25ml		
Bolsas de leche, empaques lácteos	25L	25ml	1L	1ml	1L	1ml	1L	1ml	25L	25ml	1L	1ml		
Bolsas de pulpa de frutas	8L	8ml	8L	8ml	8L	8ml	8L	8ml	8L	8ml	8L	8ml		
Empaque de embutidos	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
Enlatados	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	3L	9ml	3L	9ml	3L	9ml	3L	9ml	3L	9ml	3L	9ml		

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)**
Superficies	5L	15ml	5L	15ml	5L	15ml	5L	15ml	5L	15ml	5L	15ml		
Baños	2L	6ml	2L	6ml	2L	6ml	2L	6ml	2L	6ml	2L	6ml		
Ambiente	2L	2ml	2L	2ml	2L	2ml	2L	2ml	2L	2ml	2L	2ml		
Mallas y anjeos	3L	24ml	3L	24ml	3L	24ml	3L	24ml	3L	24ml	3L	24ml		
Uniforme (Peto de Plástico, botas y guantes)	2L	8ML	2L	8ML	2L	8ML	2L	8ML	2L	8ML	2L	8ML		
Incluir otros de ser necesario														

6. OBSERVACIONES

ENCARGADO DEL SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD OPERATIVA:

JOHANNA CAMERO ARIAS 1022961718		RESPONSABLE DEL SERVICIO
NOMBRE Y C.C.	FIRMA	CARGO

1. NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: 08-006 113349 LAGOS DE TIMIZA
MES:_JUNIO_____ AÑO:_____2024__

2. Nombre del responsable del Seguimiento: JOHANNA CAROLONA CAMERO ARIAS 2. Cargo: RESPONSABLE DEL SERVICIO

3. Desinfectante utilizado: DESIGFECTANTE GERMINCIDA CUATERNARIO 3. Marca: ORION
3. Lote: 33115

3. Fecha de vencimiento: 08/2025 **3. Concentración: 5,25%**

4. Semana: 4 (17/06/2024-22/06/2024)_

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	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
Bolsas de leche, empaques lácteos	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
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		
Empaque de embutidos	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
Enlatados	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	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	2L	400ml	N/A	N/A	N/A	N/A		
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)**
Superficies	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	5L	1000ml	N/A	N/A	N/A	N/A		
Baños	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	3L	600ml	N/A	N/A	N/A	N/A		
Ambiente	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	2L	400ml	N/A	N/A	N/A	N/A		
Área lavacolas	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
Juguetes de peluche	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
Incluir otros de ser necesario	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		

6. OBSERVACIONES

ENCARGADO DEL SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD OPERATIVA:

_____JOHANNA CAMERO ARIAS 1022961718_____	_____	RESPONSABLE DEL SERVICIO
NOMBRE Y C.C.	FIRMA	CARGO

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 de los 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.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	**PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES** **FORMATO SEGUIMIENTO A SOLUCIONES DESINFECTANTES**	**Código:** FOR-PSS-065 **Versión:** 0 **Fecha:** Memo Int. 38379 – 18/07/2017 Página: 1 de 5

1. NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: 08-006 113349 LAGOS DE TIMIZA
MES:_JUNIO_____ AÑO:_____2024__

2. Nombre del responsable del Seguimiento: JOHANNA CAROLONA CAMERO ARIAS 2. Cargo: RESPONSABLE DEL SERVICIO

3. Desinfectante utilizado: HIPOCLORITO 3. Marca: ALKOSTO
3. Lote: 09012402

3. Fecha de vencimiento: 09/07/2024 **3. Concentración: 5,25%**

4. Semana: 5 _(24/06/2024-29/06/2024)_

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	10L	10ml	20L	20ml	10L	10ml	20ml	10L	10ml	20ml	10L	10ml		
Bolsas de leche, empaques lácteos	1L	1ml	25L	25ml	10L	10ml	1L	1ml	25L	25ml	10L	10ml		
Bolsas de pulpa de frutas	8L	8ml	8L	8ml	8L	8ml	8ml	8L	8ml	8L	8ml			
Empaque de embutidos	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
Enlatados	N/A	N/A	10L	10ml	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
Equipos y utensilios	3L	9ml	3L	9ml	3L	9ml	3L	9ml	3L	9ml	3L	9ml		

5. Áreas, alimentos,	**L**	**M**	**M**	**J**	**V**	**S**	**D**

espacios y elementos	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)
Superficies	5L	15ml	5L	15ml	5L	15ml	5L	15ml	5L	15ml	5L	15ml		
Baños	2L	6ml	2L	6ml	2L	6ml	2L	6ml	2L	6ml	2L	6ml		
Ambiente	2L	2ml	2L	2ml	2L	2ml	2L	2ml	2L	2ml	2L	2ml		
Mallas y anjeos	3L	24ml	3L	24ml	3L	24ml	3L	24ml	3L	24ml	3L	24ml		
Uniforme (Peto de Plástico, botas y guantes)	2L	8ML	2L	8ML	2L	8ML	2L	8ML	2L	8ML	2L	8ML		
Incluir otros de ser necesario	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		

6. OBSERVACIONES

ENCARGADO DEL SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD OPERATIVA:

_____JOHANNA CAMERO ARIAS 1022961718_____	_____	RESPONSABLE DEL SERVICIO
NOMBRE Y C.C.	FIRMA	CARGO

1. NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: 08-006 113349 LAGOS DE TIMIZA
MES:_JUNIO_____AÑO:_____2024__

2. Nombre del responsable del Seguimiento: JOHANNA CAROLONA CAMERO ARIAS 2. Cargo: RESPONSABLE DEL SERVICIO

3. Desinfectante utilizado: DESIGFECTANTE GERMINCIDA CUATERNARIO 3. Marca: ORION
3. Lote: 33115

3. Fecha de vencimiento: 08/2025 **3. Concentración: 5,25%**

4. Semana: 5 _(24/06/2024-29/06/2024)_

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	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
Bolsas de leche, empaques lácteos	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
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		
Empaque de embutidos	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
Enlatados	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	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	2L	400ml	N/A	N/A	N/A	N/A		
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)**
Superficies	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	5L	1000ml	N/A	N/A	N/A	N/A		
Baños	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	3L	600ml	N/A	N/A	N/A	N/A		
Ambiente	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	2L	400ml	N/A	N/A	N/A	N/A		
Área lavacolas	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
Juguetes de peluche	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
Incluir otros de ser necesario	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		

6. OBSERVACIONES

ENCARGADO DEL SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD OPERATIVA:

_____JOHANNA CAMERO ARIAS 1022961718_____	_____	RESPONSABLE DEL SERVICIO
NOMBRE Y C.C.	FIRMA	CARGO

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 de los 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.

1. UNIDAD OPERATIVA:113349 CCCP 08-006 LAGOS DE TIMIZA			
2. RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN: ***JOHANNA CAROLINA CAMERO ARIAS***			3.FECHA-MES: 15/06/2024
4. ASPECTO Y ÁREA A VERIFICAR		5. ELEMENTOS	6. ACCIÓN CORRECTIVA
4.A	ÁREA COCINA		
A.1	Revise que en la cocina no existan elementos en desuso que estén acumulando suciedad y sean usados como hábitat de roedores e insectos.	N.P.	NINGUNA
A.2	Revise que en la bodega no exista acumulación de empaques (bolsas, cajas de cartón, guacales, costales, frascos, etc.)	N.P.	NINGUNA
4.B	ÁREA DE BODEGA		
B.1	Revise que en la bodega no existan elementos en desuso que estén acumulando suciedad y sean usados como hábitat de roedores e insectos.	N.P.	NINGUNA
B.2	Revise que en la bodega no exista acumulación de empaques (bolsas, cajas de cartón, guacales, costales, frascos, etc.)	N.P.	NINGUNA
4.C	CUARTO DE BASURAS		
C.1	Revise que en el cuarto de basuras no existan elementos en desuso que estén acumulando suciedad y sean usados como hábitat de roedores e insectos.	N.P.	NINGUNA
C.2	Revise que en el cuarto de basuras no exista acumulación de empaques (bolsas, cajas de cartón, guacales, costales, frascos, etc.)	N.P.	NINGUNA
4.D	SALONES Y OFICINAS		
D.1	Revise que en los salones y oficinas no existan elementos en desuso que estén acumulando suciedad y sean usados como hábitat de roedores e insectos.	N.P.	NINGUNA
D.2	Revise que en los salones y oficinas no exista acumulación de empaques (bolsas, cajas de cartón, guacales, costales, frascos, etc.)	N.P.	NINGUNA
4.E	BAÑOS		
E.1	Revise que en los baños no existan elementos en desuso que estén acumulando suciedad y sean usados como hábitat de roedores e insectos.	N.P.	NINGUNA

E.2	Revise que en los baños no exista acumulación de empaques (bolsas, cajas de cartón, guacales, costales, frascos, etc.)	N.P.	NINGUNA
4.F	CUARTO DE MATERIAL DIDÁCTICO/LUDICO		
F.1	Revise que en el cuarto de material didáctico no existan elementos en desuso que estén acumulando suciedad y sean usados como hábitat de roedores e insectos.	NA	NA
F.2	Revise que en el cuarto de material didáctico no exista acumulación de empaques (bolsas, cajas de cartón, guacales, costales, frascos, etc.)	NA	NA

Para diligenciar correctamente el Formato: INSPECCIÓN DEL MANEJO DE ELEMENTOS EN DESUSO, EMBALAJES Y EMPAQUES.
El formato permite verificar la presencia de elementos en desuso, embalajes y empaques, en espacios y elementos de la unidad operativa, mediante una verificación MENSUAL que conlleve a la formulación de acciones correctivas implementando condiciones adecuadas y seguras en la Unidad Operativa.
En la parte superior del formato, en la casilla No. 1 se debe diligenciar el nombre de la Unidad operativa.
En la parte superior del formato, en la casilla No. 2 se debe diligenciar el nombre de la persona responsable que realiza la inspección y quien debe haber realizado una inducción acerca del Plan de Saneamiento Básico.
En la casilla No. 3 se debe diligenciar la fecha y el mes en que se realiza la inspección.
En la casilla No. 4 se debe verificar la inspección en todas las áreas, los espacios y elementos de la Unidad Operativa. En la columna se deben listar todas las áreas de la Unidad Operativa con el fin de aplicar el formato sin que quede ningún espacio faltante por verificar y así poder plantear una acción correctiva donde se requiera. El orden del listado de áreas se efectúa desde el 4.A en adelante con sus respectivos aspectos a considerar.
En la casilla número 5 debe indicar el nombre de los elementos en desuso, embalajes o empaques encontrados en la inspección. En caso de no encontrarse elementos se debe colocar la sigla N.P. (No Presenta).
En la casilla 6 ACCIONES CORRECTIVAS (TIEMPO PROPUESTO) se describen las posibles rutas a corregir en el espacio o área encontrada, esta descripción es muy detallada y requiere de apoyo interno o externo según sea el caso.
Este formato debe permanecer actualizado mes a mes en el documento Plan de Saneamiento Básico de la Unidad Operativa.

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 6

1. NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: 113349 CCCP 08-006 LAGOS DE TIMIZA

MES: JUNIO AÑO: 2024

2. Nombre del responsable del diligenciamiento: JOHANNA CAROLINA CAMERO ARIAS

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 01 al 01							3. Semana Dos del 04 al 08							3. Semana Tres del 11 al 15							3. Semana Cuatro del 17 al 22							3. Semana Cinco Del 24 al 29						
	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**
COCINA																																			
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						1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	
Techos						1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	
Ventanas-anjeo						1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	
Puertas						1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	
Mesones						1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	
Canecas						1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	
Neveras						1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	
Estufa						1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	
Lavaplatos						1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	
Trampa de grasas						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	N.A	N.A	N.A		N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	
Congelador						1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	
Canastillas						1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 01 al 01							3. Semana Dos del 04 al 08							3. Semana Tres del 11 al 15							3. Semana Cuatro del 17 al 22							3. Semana Cinco Del 24 al 29						
	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**
Licuadora						1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	
Menaje						1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	
Utensilios						1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	
Frutas y verduras						1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	
Abarrotes						1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	
Huevos						N.A			N.A	N.A	N.A	N.A	1			N.A	N.A	N.A	1	N.A		N.A	N.A	N.A	N.A	1	N.A		N.A	1	N.A	N.A	1	N.A	
Bolsas de leche						N.A			N.A	1	N.A	1	1			1	N.A	N.A	1	N.A		N.A	N.A	1	N.A	1	N.A		1	N.A	N.A	N.A	1	N.A	
Empaques de lácteos						1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	
Bolsa de pulpas de frutas						1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	
Enlatados						N.A			N.A	N.A	N.A	N.A	N.A			N.A	N.A	N.A	N.A	N.A		N.A	1	N.A	N.A	N.A	N.A		N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	
Empaques de embutidos						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	N.A	N.A	N.A		N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	
Estanterías						1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	
COMEDOR																																			
Pisos comedor						1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	
Paredes						1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	
Techos						1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	
Ventanas-anjeo						1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 01 al 01							3. Semana Dos del 04 al 08							3. Semana Tres del 11 al 15							3. Semana Cuatro del 17 al 22							3. Semana Cinco Del 24 al 29						
	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**
BAÑOS																																			
Sanitario						1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	
Orinales						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	N.A	N.A	N.A		N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	
Lavamanos						1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	
Espejo						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	N.A	N.A	N.A		N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	
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						1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	
Techos						1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	
Ventanas						1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	
Puertas						1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	
Papeleras						1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	
CUARTO DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS SÓLIDOS																																			
Canecas						1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	
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						1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	
Techos						1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 01 al 01							3. Semana Dos del 04 al 08							3. Semana Tres del 11 al 15							3. Semana Cuatro del 17 al 22							3. Semana Cinco Del 24 al 29						
	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**
Puerta						1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	
OTROS ELEMENTOS																																			
Ambiente						1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	
Puntos ecológicos						1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	
Elementos de aseo						1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	

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

Para diligenciar correctamente el Formato LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN, tenga en cuenta las siguientes instrucciones:
El formato permite verificar las labores de limpieza y desinfección que se ejecutan en la unidad operativa de acuerdo con la guía adoptada en la tabla Numero 4, este formato esta programado para un mes, 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 y el año vigente.
En la casilla No. 2 se debe diligenciar el nombre completo de la persona que diligencia la lista de verificación.
En la casilla No. 3 se indican 5 semanas de Lunes a Domingo, especificando los días de la semana; además se pueden verificar, día a día: L: Lunes, M: Martes, M, Miércoles, J: Jueves, V: Viernes, S: Sábado y D: Domingo. A las verificación se le debe dar una calificación de: 1 = ACEPTABLE Y 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.
En la casilla No. 4, Áreas, alimentos, espacios, elementos a considerar, *según la unidad operativa,* verificamos si el inventario total de áreas se describe en esta columna.
En la casilla No. 5 se indican cada una de las observaciones realizadas en la lista de verificación indicando el día y la semana en que ocurre la observación.
En la casilla No. 6, se describen las acciones correctivas, que dan solución a cada una de las observaciones realizadas.
En la casilla No. 7, se diligencia el nombre del o los responsables que realizaran, las acciones correctivas.
Hay que tener en cuenta que en la tabla **No. 4 GUÍA DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN,** se describen las frecuencias y su ejecución debe estar articulada con el personal de servicios generales; por eso al aplicar la verificación se debe tener en cuenta que no todos los días deben calificarse todas las áreas sino según su frecuencia.

PROGRAMA DE CONTROL INTEGRAL DE PLAGAS	
FORMATO REGISTRO DE CONTROL DE PLAGAS	
1. FECHA	08/06/2024
2. UNIDAD OPERATIVA:	113349 08-006 LAGOS DE TIMIZA
3. ÁREA	ZONA AFECTADA POR PLAGAS
4. PLAGUICIDA APLICADO	K- Othrina 25 EC (INSECTIDICA) liquido cristalino ligeramente venenoso y de consistencia viscosa
5. RODENTICIDA APLICADO	K- Othrina 25 EC (INSECTIDICA) liquido cristalino ligeramente venenoso y de consistencia viscosa
6. INGREDIENTE ACTIVO	Deltramatrina 2.5%
7. DOSIFICACIÓN	6MLX * litro de agua
8. PLAGA A ERRADICAR	Insecticida raticida
9. EMPRESA QUE EJECUTÓ EL PROCESO	FUMIGACIONES CEDICAR
10. RESPONSABLE(S) DE LA UNIDAD OPERATIVA EN LA QUE SE REALIZA EL CONTROL.	JOHANNA CAROLINA CAMERO ARIAS
11. OBSERVACIONES GENERALES: **Ninguna**	

Para diligenciar correctamente el FORMATO REGISTRO DE CONTROL DE PLAGAS, tenga en cuenta las siguientes instrucciones:
El formato permite verificar las labores del control químico que se realizan en la Unidad Operativa.
En la parte superior del formato, en la casilla No. 1 se debe diligenciar la fecha en la que se realiza la intervención por parte de la firma contratada para el control químico.
En la casilla No. 2 se debe diligenciar el nombre de la Unidad operativa.
En la casilla No. 3 se debe diligenciar áreas que son objeto de la intervención de control químico.
En la casilla No. 4 se debe realizar una descripción del plaguicida utilizado.
En la casilla No. 5 se debe realizar una descripción del rodenticida utilizado.
En la casilla No. 6 se debe realizar una descripción del ingrediente activo utilizado.
En la casilla número 7, se describe la dosificación implementada.
En la casilla 8 se indica la plaga erradicada.
En la casilla No. 9, se registra el nombre de la empresa que ejecutó la actividad y/o la intervención.
En la casilla No. 10, se registra el nombre de las personas responsables de la Unidad Operativa que estuvieron atendiendo la implementación del control.
En la casilla número 11 se realizan todas las observaciones que sean requeridas. En caso dado que la unidad operativa no necesite realizar el control químico se debe diligenciar el No Aplica en siglas N.A. en cada casilla.
La información o reporte entregado reposa en la oficina de coordinación de la Unidad Operativa, en archivo destinado para tal fin.

	Elaboró	Revisó	Aprobó
Nombre	Neyla Patricia Pulido Vergara Olga Lucía Gómez Corredor Claudia Rodríguez Camilo Ernesto Rodríguez Valencia Francy Pinilla Amanda León	María Adela Mena Bejarano Sandra Esperanza Ávila Pérez Gladys Bojacá B. Maritza del Carmen Mosquera Palacios	Maritza del Carmen Mosquera Palacios
Cargo/ Rol	Equipo Técnico Subdirección para la Gestión Integral Local - Proyecto 1098 “Bogotá te nutre” Apoyo a la Supervisión – Subdirección para la Gestión Integral Local	Gestora SIG - Subdirección para la Gestión Integral Local Gestora SIG del Proceso de Prestación de Servicios Sociales Coordinador Proyecto 1098 “Bogotá Te Nutre” Subdirectora para la Gestión Integral Local (E)	Directora Territorial

1. UNIDAD OPERATIVA: 113349 CCCP 08-006 LAGOS DE TIMIZA			
2. RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN**:** **JOHANNA CAROLINA CAMERO ARIAS**			3. FECHA: 05/06/2024
4. ASPECTO Y ÁREA A VERIFICAR		5. PLAGA	6. OBSERVACIONES GENERALES
4.A	ÁREA COCINA		
Revise las siguientes áreas de la cocina en busca de evidencia de plagas.		N.P	**Ninguna**
A.1	Uniones entre el piso y las paredes y paredes y techos.	N.P	**Ninguna**
A.2	Debajo y en la parte de atrás de la nevera.	N.P	**Ninguna**
A.3	Debajo de la estufa.	N.P	**Ninguna**
A.4	En las bandejas de la estufa.	N.P	**Ninguna**
A.5	Debajo, encima y dentro de los gabinetes	N.P	**Ninguna**
A.6	Debajo de la estantería	N.P	**Ninguna**
A.7	Dentro y en el contorno de la campana extractora	N.P	**Ninguna**
A.8	Dentro y alrededor de la caneca.	N.P	**Ninguna**
A.9	Debajo del lavaplatos	N.P	**Ninguna**
A.10	En el techo falso de la cocina	N.P	**Ninguna**
4.B	ÁREA DE BODEGA DE ALIMENTOS	N.P	**Ninguna**
B.1	Uniones entre el piso y las paredes y paredes y techos.	N.P	**Ninguna**
B.2	Debajo y en los entrepaños de la estantería	N.P	**Ninguna**
B.3	Debajo de las estibas	N.P	**Ninguna**
B.4	Dentro de las canastillas	N.P	**Ninguna**
4.C	CUARTO DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS	N.P	**Ninguna**
C.1	Uniones entre el piso y las paredes y paredes y techos.	N.P	**Ninguna**
C.2	Dentro y alrededor de la caneca.	N.P	**Ninguna**
4.D	SALONES Y OFICINAS	N.P	**Ninguna**
D.1	Uniones entre el piso y las paredes y paredes y techos.	N.P	**Ninguna**
D.2	Dentro y fuera de los gabinetes	N.P	**Ninguna**
4.E	BAÑOS	N.P	**Ninguna**
E.1	Uniones entre el piso y las paredes y paredes y techos.	N.P	**Ninguna**
E.2	Cisterna e inodoro	N.P	**Ninguna**
4.F	CUARTO DE MATERIAL DIDÁCTICO/LUDICO	N.A	**Ninguna**
F.1	Uniones entre el piso y las paredes y paredes y techos.	N.A	**Ninguna**
F.2	Debajo y en los entrepaños de la estantería	N.A	**Ninguna**
F.3	Dentro y alrededor de las cajas	N.A	**Ninguna**
F.4	Alrededor de las colchonetas	N.A	**Ninguna**
4.G	LAVANDERÍA	N.A	**No aplica**
G.1	Uniones entre el piso y las paredes y paredes y techos.	N.A	**No aplica**
G.2	Debajo y alrededor de la lavadora	N.A	**No aplica**

113349 CCCP 08-006 LAGOS DE TIMIZA

A. RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN: ***JOHANNA CAROLINA CAMERO ARIAS*** | 2.FECHA:15/06/2024

3.ASPECTO Y ÁREA A VERIFICAR		4. CALIFICACIÓN	5. ACTIVIDAD POR IMPLEMENTAR
3.A	AREA DE COCINA		
A.1	**Aberturas entre puertas y piso (exteriores)**	**1**	
A.2	**Aberturas entre puertas y piso (interiores)**	**1**	
A.3	**Estado de los anjeos (mallas) de las ventanas de la cocina**	**1**	
A.4	**Los marcos de puertas y ventanas son herméticos.**	**1**	
A.5	**Paredes y techos de la cocina están libres de agujeros.**	**1**	
A.6	**Los techos de la cocina acoplan herméticamente con los muros.**	**1**	
A.7	**Estado de las rejillas de los sifones de la cocina.**	**1**	
3.B	AREA DE BODEGA DE ALIMENTOS		
B.1	**Estado de los anjeos (mallas) de las ventanas de la bodega de alimentos.**	**1**	
B.2	**Los marcos de puertas y ventanas son herméticos.**	**1**	
B.3	**Paredes y techos de la bodega están libres de agujeros.**	**1**	
B.4	**Los techos de la bodega de alimentos acoplan herméticamente con los muros.**	**1**	
3.C	OTRAS AREAS		
C.1	**Los techos de las demás áreas acoplan herméticamente con los muros.**	**1**	
C.2	**Empalmes de pisos y paredes libres de agujeros.**	**1**	
C.3	**Paredes interiores lisas libres de ranuras**	**1**	
3.D	Nota: Incluir todas las áreas de la unidad operativa:		

La calificación de la verificación es:1 = ACEPTABLE 2 = NO ACEPTABLE

6. OBSERVACIONES	7. ACCIONES CORRECTIVAS (TIEMPO PROPUESTO)	8. RESPONSABLE(S)

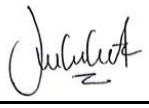
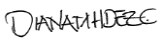
Para diligenciar correctamente el Formato: VERIFICACIÓN DE HERMETICIDAD se debe tener en cuenta:
El formato permite verificar la hermeticidad de todas las áreas y espacios de la unidad operativa, mediante una verificación Mensual que prevenga y proteja las instalaciones del ingreso o aparición de plagas y evite los daños que puede generar su presencia, creando una acciones correctivas que impidan el ingreso de plagas, mediante la implementación de medidas preventivas y controladas de saneamiento ambiental.
En la parte superior del formato, en la casilla No. 1 se debe diligenciar el nombre de la persona responsable que realiza la verificación de hermeticidad.
En la casilla No. 2 se debe diligenciar la fecha en que se realiza la verificación de hermeticidad.
En las casillas de la columna No. 3 Se debe verificar la hermeticidad de todas las áreas, los espacios y aspectos de la unidad operativa. En esta columna se deben listar todas las áreas de la unidad operativa con el fin de aplicar el formato sin que quede ningún espacio por verificar la hermeticidad y así poder plantear una acción correctiva donde se requiera. El orden del listado de áreas se efectúa desde el 3.A en adelante con sus respectivos aspectos a considerar.
En las casillas No 4, corresponde a la calificación dada al aspecto, o área verificada para la hermeticidad de la siguiente manera: 1 = ACEPTABLE Y 2 = NO ACEPTABLE Y su valor se indicará en cada fila.
En la casilla número 5, que corresponde al título: ACTIVIDAD POR IMPLEMENTAR, se debe indicar las acciones o actividades que se encuentran con posibles fallas o inconvenientes y que presentan una calificación de 2= NO ACEPTABLE.
En la casilla número 6, OBSERVACIONES, se listan las observaciones, fallas o inconvenientes presentados, en especial las calificaciones dadas con número 2, las cuales tendrán que verificarse y controlarse.
En la casilla 7 se indican cada una de las ACCIONES CORRECTIVAS que se deben implementar para corregir posibles fallas, a lo cual debe mencionarse un tiempo determinado para su realización.
En la casilla 8 se describe el nombre del o los responsables de la acción correctiva.

113349 CCCP 08-006 LAGOS DE TIMIZA

Nombre del coordinador responsable de la unidad operativa propia o tercerizada:

Yo Johanna Carolina Camero Arias

Me comprometo a desarrollar junto con los integrantes de la unidad operativa más adelante mencionados, las acciones previstas para la adopción del Plan de Saneamiento Básico.

RESPONSABLES	NOMBRE	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CARGO	FIRMA
Responsable, Coordinador o Director de la unidad operativa	**Johanna Carolina Camero Arias**	**1.022.961.718**	**Responsable del servicio**	
Responsable y/o Delegado Administrativo	**Diana Hernández Caicedo**	**53.004.895**	**Asociado Representante legal**	
Profesional Social	**Susana Cárdenas Meza**	**1.130.668.647**	**Profesional Social**	
Auxiliar Administrativo	**Angie Daniela Medellín**	**1.031.175.002**	**Auxiliar Administrativo**	
Auxiliar de Cocina 1	**Gloria Amparo Castrillón**	**30.322.829**	**Manipulador de alimentos**	
Auxiliar de Cocina 2	**Sandra Patricia Serna**	**1.193.429.312**	**Manipulador de alimentos**	
Auxiliar de Cocina 3	**Yeimy Andrea Vidal**	**1.023.016.219**	**Manipulador de alimentos**	

Fecha de la adopción: 02/05/2024

Nota: **El formato se actualizará toda vez que cambie el responsable de la unidad operativa.**