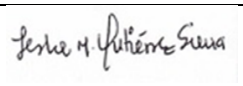
HOGAR LAS GOLONDRINAS			
1. RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN: ***ISABEL JIMENEZ***			2.FECHA:30/07/2025
3.ASPECTO Y ÁREA A VERIFICAR		4. CALIFICACIÓN	5. ACTIVIDAD POR IMPLEMENTAR
3.A	AREA DE COCINA		
A.1	**Aberturas entre puertas y piso (exteriores)**	**1**	**NA**
A.2	**Aberturas entre puertas y piso (interiores)**	**1**	**NA**
A.3	**Estado de los anjeos (mallas) de las ventanas de la cocina**	**1**	**NA**
A.4	**Los marcos de puertas y ventanas son herméticos.**	**1**	**NA**
A.5	**Paredes y techos de la cocina están libres de agujeros.**	**1**	**NA**
A.6	**Los techos de la cocina acoplan herméticamente con los muros.**	**1**	**NA**
A.7	**Estado de las rejillas de los sifones de la cocina.**	**1**	**NA**
3.B	AREA DE BODEGA DE ALIMENTOS		
B.1	**Estado de los anjeos (mallas) de las ventanas de la bodega de alimentos.**	**1**	**NA**
B.2	**Los marcos de puertas y ventanas son herméticos.**	**1**	**NA**
B.3	**Paredes y techos de la bodega están libres de agujeros.**	**1**	**NA**
B.4	**Los techos de la bodega de alimentos acoplan herméticamente con los muros.**	**1**	**NA**
3.C	OTRAS AREAS		
C.1	**Los techos de las demás áreas acoplan herméticamente con los muros.**	**1**	**NA**
C.2	**Empalmes de pisos y paredes libres de agujeros.**	**1**	**NA**
C.3	**Paredes interiores lisas libres de ranuras**	**1**	**NA**
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)

REVISIÓN Y APROBACIÓN				
FECHA		NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA Ω
Elaboro	30/072025	Leslie Gutierrez Sierra	Nutricionista	
Reviso	30/06/2025	Alvaro Ferney Castro	Coordinador	