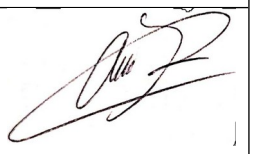
PROGRAMA DE ABASTECIMIENTO DE AGUA POTABLE

CONTROL DEL LAVADO Y DESINFECCIÓN DEL TANQUE DE AGUA POTABLE

COMEDOR COMUNITARIO POLICARPA

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 **OCTAVIO ZAMBRANO CUADROS**

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
Técnicos en fumigación y servicios generales, realiza lavado el 24/02/2024	24/08/2024	HIPOCLORITO DE SODIO AL 13%	NaOCl	AL 13%	
Fumigaciones Cedicar el 24/08/2024	24/02/2025	HIPOCLORITO DE SODIO AL 5,25%	NaOCl	AL 5,25%	
GESTORES ambientales s.a.s 21/12/2024	21/06/2025	HIPOCLORITO DE SODIO AL 5,25%	NaOCl	AL 5,25%	

Para diligenciar correctamente el Formato de Control de Lavado y Desinfección del Tanque de Agua Potable, tenga en cuenta las siguientes instrucciones:
El formato permite verificar el seguimiento que se realiza a la higienización del tanque o tanques de almacenamiento de agua de la unidad operativa.
En la parte superior del formato, en la casilla se debe diligenciar el nombre de la Unidad Operativa.
En la casilla No. 1 se debe diligenciar el nombre completo del responsable de la verificación y diligenciamiento del formato en la unidad operativa.
En la casilla No. 2 se debe diligenciar el nombre de la empresa que realiza el procedimiento, la fecha actual de realización de higienización del tanque de almacenamiento de agua la cual debe escribirse en números, en el siguiente orden: día/mes/año. Ej: 09/07/2016
En la casilla No. 3 se debe colocar la fecha próxima de higienización del tanque de almacenamiento de agua, la cual debe escribirse en números, en el siguiente orden: día/mes/año. Ej: 08/12/2016. Se debe tener en cuenta que las higienizaciones deben realizarse mínimo con una periodicidad de 6 meses.
En la casilla No. 4 se debe colocar el nombre del desinfectante utilizado en el proceso de desinfección del tanque de almacenamiento de agua de la unidad operativa.
En la casilla número 5 se debe colocar el nombre del ingrediente activo utilizado en el proceso de desinfección del tanque de almacenamiento de agua de la unidad operativa.
En la casilla número 6 se debe colocar la concentración utilizada del desinfectante utilizado para la realización del procedimiento de higienización del tanque de agua.
En la casilla número 7 se debe colocar la firma del responsable de la verificación de higienización en la unidad operativa.

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 2

1. NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: ___ CCOM-NA-POLICARPA
MES: ABRIL___ AÑO:__2025_____

2. Nombre del responsable del Seguimiento: OCTAVIO ZAMBRANO 2. Cargo: RESPONSABLE DEL SERVICIO

3. Desinfectante utilizado: HIPOCLORITO DE SODIO 3. Marca: ORION
3. Lote: 68076

3. Fecha de vencimiento 03/2025 **3. Concentración: 5.25%**

3. Semana: _1_ del 01 al 05 ciclo 2_____

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	NA	NA	45	45	25	25	45	45	45	45	35	35	NA	NA
Bolsas de leche, empaques lácteos	NA	NA	5	5	40	40	1	1	1	1	40	40	NA	NA
Bolsas de pulpa de frutas	NA	NA	30	30	30	30	35	35	35	35	35	35	NA	NA
Empaque de carnes	NA	NA	30	30	30	30	30	30	40	40	30	30	NA	NA
Equipos y utensilios	NA	NA	80	240	80	240	80	240	80	240	80	240	NA	NA
Ingresar otro si es necesario	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

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	NA	NA	**2**	**8**	**2**	**8**	**2**	**8**	**2**	**8**	**2**	**8**	NA	NA
Baños	NA	NA	10	80	10	80	10	80	10	80	10	80	NA	NA
Ambiente	NA	NA	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	NA	NA
GRIFOS COCINA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1	3	NA	NA
DISPENSADOR GEL	NA	NA	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	NA	NA
NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

6. OBSERVACIONES: El día sábado se realiza acción contra choqué con el desinfectante cuaternario quinta generación, Por lo cual se presenta en la página siguiente.

ENCARGADO DEL SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD OPERATIVA: POLICARPA

____OCTAVIO ZAMBRANO CUADROS	80730048_____	_____	___RESPONSABLE DEL SERVISIO __
NOMBRE	Y C.C.	FIRMA	CARGO

1. NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: ___ CCOM-NA-POLICARPA
MES: ABRIL ___AÑO: __2025 _____

2. Nombre del responsable del Seguimiento: OCTAVIO ZAMBRANO 2. Cargo: RESPONSABLE DEL SERVICIO

3. Desinfectante utilizado: HIPOCLORITO DE SODIO 3. Marca: ORION
3. Lote: 68076

3. Fecha de vencimiento 03/2025

3. Concentración: 5.25%

4. Semana: __2_____DEL 07 al 12 ciclo 3 _____

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	45	45	25	25	35	35	45	45	45	45	45	45	NA	NA
Bolsas de leche, empaques lácteos	40	40	20	20	40	40	1	1	40	40	40	40	NA	NA
Bolsas de pulpa de frutas	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	NA	NA
Empaque de carnes	30	30	40	40	30	30	30	30	30	30	30	30	NA	NA
Equipos y utensilios	80	240	80	240	80	240	80	240	80	240	80	240	NA	NA
Ingresar otro si es necesario	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

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	**2**	**8**	**2**	**8**	**2**	**8**	**2**	**8**	**2**	**8**	**2**	**8**	NA	NA
Baños	10	80	10	80	10	80	10	80	10	80	10	80	NA	NA
Ambiente	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	NA	NA
GRIFOS COCINA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1	3	NA	NA
DISPENSADOR GEL	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	NA	NA
NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

6. OBSERVACIONES:

ENCARGADO DEL SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD OPERATIVA:

___OCTAVIO ZAMBRANO___80730048_____	_____	_____	___ COORDINADOR
NOMBRE Y C.C.		FIRMA	CARGO

1. NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: ___ CCOM-NA-POLICARPA
MES: ABRIL___ AÑO: __2025_____

2. Nombre del responsable del Seguimiento: OCTAVIO ZAMBRANO 2. Cargo: RESPONSABLE DEL SERVICIO

3. Desinfectante utilizado: HIPOCLORITO DE SODIO 3. Marca: ORION
3. Lote: 68076

3. Fecha de vencimiento 03/2025 **3. Concentración: 5.25%**

4. Semana: __3__del 14 al 16, Ciclo 4_____

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	47	47	47	47	30	30	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Bolsas de leche, empaques lácteos	40	40	20	20	40	40	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Bolsas de pulpa de frutas	30	30	30	30	30	30	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Empaque de carnes	30	30	30	30	30	30	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Equipos y utensilios	80	240	80	240	80	240	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Ingresar otro si es necesario	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

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	**2**	**8**	**2**	**8**	**2**	**8**	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Baños	10	80	10	80	10	80	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Ambiente	1	3	1	3	1	3	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
GRIFOS COCINA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
DISPENSADOR GEL	1	3	1	3	1	3	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

6. OBSERVACIONES: SEPRESTA SERVICIO DE SEMANA SANTA HASTA EL DIA MIERCOLES.

ENCARGADO DEL SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD OPERATIVA:

___OCTAVIO ZAMBRANO___80730048_____	_____	_____	___ RESPONSABLE DEL SERVICIO
NOMBRE Y C.C.	FIRMA		CARGO

1. NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: ___ CCCP-POLICARPA
MES: ABRIL___ AÑO:__2025_____

2. Nombre del responsable del Seguimiento: OCTAVIO ZAMBRANO 2. Cargo: RESPONSABLE DEL SERVICIO

3. Desinfectante utilizado: HIPOCLORITO DE SODIO 3. Marca: ORION
3. Lote: 68076

3. Fecha de vencimiento 3/2025 **3. Concentración: 5.25%**

4. Semana: __4__del 21 al 26 Ciclo 5_____

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	20	20	30	30	45	45	15	15	0	0	40	40	NA	NA
Bolsas de leche, empaques lácteos	40	40	1	1	35	35	1	1	20	20	35	35	NA	NA
Bolsas de pulpa de frutas	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	NA	NA
Empaque de carne	30	30	30	30	30	30	35	35	40	40	30	30	NA	NA
Equipos y utensilios	80	240	80	240	80	240	80	240	80	240	80	240	NA	NA
Ingresar otro si es necesario	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

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	**2**	**8**	**2**	**8**	**2**	**8**	**2**	**8**	**2**	**8**	**2**	**8**	NA	NA
Baños	10	80	10	80	10	80	10	80	10	80	10	80	NA	NA
Ambiente	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	NA	NA
GRIFOS COCINA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1	3	NA	NA
DISPENSADOR GEL	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	NA	NA
NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

6. OBSERVACIONES

ENCARGADO DEL SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD OPERATIVA:

OCTAVIO ZAMBRANO _____ _____ _____ ___RESPONSABLE DEL SERVICIO

NOMBRE Y C.C. 80730048 FIRMA CARGO

1. NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: ___ PLANTA DE ALIMENTOS POLICARPA
MES: ABRIL AÑO:__2025_____

2. Nombre del responsable del Seguimiento: OCTAVIO ZAMBRANO 2. Cargo: RESPONSABLE DEL SERVICIO

3. Desinfectante utilizado: HIPOCLORITO DE SODIO 3. Marca: ORION
3. Lote: 68076

3. Fecha de vencimiento: 3/2025 **3. Concentración: 5.25%**

4. Semana: _5__del 28 al 30 Ciclo 2_____

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	45	45	40	40	25	25	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Bolsas de leche, empaques lácteos	40	40	1	1	40	40	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Bolsas de pulpa de frutas	30	30	30	30	30	30	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Empaque de carnes	35	35	30	30	30	30	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Equipos y utensilios	80	240	80	240	80	240	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Ingresar otro si es necesario	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

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	**2**	**8**	**2**	**8**	**2**	**8**	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Baños	10	80	10	80	10	80	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Ambiente	1	3	1	3	1	3	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
GRIFOS COCINA	NA	NA	NA	NA	1	3	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
DISPENSADOR GEL	1	3	1	3	1	3	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

6. OBSERVACIONES

ENCARGADO DEL SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD OPERATIVA:

_____OCTAVIO ZAMBRANO 80730048_____ _____ _____ RESPONSABLE DEL SERVICIO

NOMBRE Y C.C. FIRMA CARGO

1. UNIDAD OPERATIVA: CC-POLICARPA.

2. RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN: ***OCTAVIO ZAMBRANO CUADROS***

3. FECHA-MES: 01-04-2025

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.**	
A.2	Revise que en la bodega no exista acumulación de empaques (bolsas, cajas de cartón, guacales, costales, frascos, etc.)	**N.P.**	
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.**	
B.2	Revise que en la bodega no exista acumulación de empaques (bolsas, cajas de cartón, guacales, costales, frascos, etc.)	**N.P.**	
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.**	
C.2	Revise que en el cuarto de basuras no exista acumulación de empaques (bolsas, cajas de cartón, guacales, costales, frascos, etc.)	**N.P.**	
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.**	
D.2	Revise que en los salones y oficinas no exista acumulación de empaques (bolsas, cajas de cartón, guacales, costales, frascos, etc.)	**N.P.**	
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	**N.P.**	

	insectos.		
E.2	Revise que en los baños no exista acumulación de empaques (bolsas, cajas de cartón, guacales, costales, frascos, etc.)	**N.P.**	
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.	N.A	
F.2	Revise que en el cuarto de material didáctico no exista acumulación de empaques (bolsas, cajas de cartón, guacales, costales, frascos, etc.)	N.A	

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:** **Fecha:** Página: 1 de 6

1. NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: POLICARPA

MES: ABRIL AÑO: 2025

2. Nombre del responsable del diligenciamiento: OCTAVIO ZAMBRANO CUADROS

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del __31MAR__ al __05 ABR_							3. Semana Dos del 07__ al __12__							3. Semana Tres del _14_ al _17__							3. Semana Cuatro del _21_ al _26							3. Semana Cinco del _28_ al 30____						
	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	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Paredes	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Techos	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Ventanas-anjeo	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Puertas	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Mesones	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Canecas	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Estufa	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Lavaplatos	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Trampa de grasas	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Canastillas	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Licuadora	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Licuadora casera	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Menaje	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Utensilios	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA

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:** **Fecha:** Página: 2 de 6

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del __31MAR__ al __05 ABR_							3. Semana Dos del 07__ al __12__							3. Semana Tres del _14_ al _17__							3. Semana Cuatro del _21_ al _26							3. Semana Cinco del _28_ al 30____						
	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**
Frutas y verduras	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Abarrotes	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Huevos	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Bolsas de leche	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Empaques de lácteos	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Bolsa de pulpas de frutas	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Incluir otro: Grifo cocina	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Incluir otros: Campana extractora	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
BODEGAS																																			
Pisos	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Paredes	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Techos	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Estanterías	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Canecas	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Canastillas	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Ventanas-anjeo	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Congelador	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Neveras	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
BAÑOS																																			
Sanitario	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA

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:** **Fecha:** Página: 3 de 6

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del __31MAR__ al __05 ABR_							3. Semana Dos del 07__ al __12__							3. Semana Tres del _14_ al _17__							3. Semana Cuatro del _21_ al _26							3. Semana Cinco del _28_ al 30____						
	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**
Lavamanos	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Pisos	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Paredes	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Techos	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Ventanas- angeo	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Puertas	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Papeleras	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Incluir otro si es así	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
CUARTO DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS SÓLIDOS																																			
Canecas	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Pisos	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Paredes	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Techos	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Puerta	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Ventanas-anjeo	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
OTROS ELEMENTOS																																			
Ambiente	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Puntos ecológicos	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA

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:** **Fecha:** Página: 4 de 6

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del __31MAR__ al __05 ABR_							3. Semana Dos del 07__ al __12__							3. Semana Tres del _14_ al _17__							3. Semana Cuatro del _21_ al _26							3. Semana Cinco del _28_ al 30____						
	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**
Dispensador gel	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Elementos de aseo	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Espejo vestier	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Piso Vestier	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
SALON COMEDOR																																			
Mesas	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Sillas	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Ventanas-anjeo	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Paredes y techos	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
OFICINA																																			
Escritorio	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Sillas	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Impresora, computador	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA
Estantería Archivo	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA

. 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.

1. UNIDAD OPERATIVA: CC-POLICARPA.

2. RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN: OCTAVIO ZAMBRANO CUADROS

3. FECHA: 01/04/2025

4. ASPECTO Y ÁREA PARA VERIFICAR		5. PLAGA	6. OBSERVACIONES GENERALES
4.A	ÁREA COCINA		
Revise las siguientes áreas de la cocina en busca de evidencia de plagas.			
A.1	Uniones entre el piso y las paredes y paredes y techos.	**N.P.**	
A.2	Debajo y en la parte de atrás de la nevera.	**N.P.**	
A.3	Debajo de la estufa.	**N.P.**	
A.4	En las bandejas de la estufa.	**N.P.**	
A.5	Debajo, encima y dentro de los gabinetes	**N.P.**	
A.6	Debajo de la estantería	**N.P.**	
A.7	Dentro y en el contorno de la campana extractora	**N.P.**	
A.8	Dentro y alrededor de la caneca.	**N.P.**	
A.9	Debajo del lavaplatos	**N.P.**	
A.10	En el techo falso de la cocina	**N.P.**	
4.B	ÁREA DE BODEGA DE ALIMENTOS		
B.1	Uniones entre el piso y las paredes y paredes y techos.	**N.P.**	
B.2	Debajo y en los entrepaños de la estantería	**N.P.**	
B.3	Debajo de las estibas	**N.P.**	
B.4	Dentro de las canastillas	**N.P.**	
4.C	CUARTO DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS		
C.1	Uniones entre el piso y las paredes y paredes y techos.	**N.P.**	
C.2	Dentro y alrededor de la caneca.	**N.P.**	
4.D	SALONES Y OFICINAS		
D.1	Uniones entre el piso y las paredes y paredes y techos.	**N.P.**	
D.2	Dentro y fuera de los gabinetes	**N.P.**	
4.E	BAÑOS		
E.1	Uniones entre el piso y las paredes y paredes y techos.	**N.P.**	
E.2	Cisterna e inodoro	**N.P.**	
4.F	CUARTO DE MATERIAL DIDÁCTICO/LUDICO		
F.1	Uniones entre el piso y las paredes y paredes y techos.	**N.A.**	
F.2	Debajo y en los entrepaños de la estantería	**N.A.**	
F.3	Dentro y alrededor de las cajas	**N.A.**	
F.4	Alrededor de las colchonetas	**N.A.**	
4.G	LAVANDERÍA		
G.1	Uniones entre el piso y las paredes y paredes y techos.	**N.A.**	
G.2	Debajo y alrededor de la lavadora	**N.A.**	

4.H	**Nota: Incluir todas las áreas de la unidad operativa:**		

7. OBSERVACIONES	8. ACCIONES CORRECTIVAS (TIEMPO PROPUESTO)	9. RESPONSABLE(S)

Para diligenciar correctamente el Formato : INSPECCIÓN DE LA PRESENCIA DE PLAGAS
El formato permite verificar la presencia de plagas en todas las áreas, espacios y elementos de la Unidad Operativa, mediante una verificación MENSUAL que alerte la presencia de plagas y evite los daños que puede generar su presencia, creando unas acciones correctivas que impidan y deriven la implementación de medidas de saneamiento ambiental.
En la parte superior del formato, en la casilla No. 1 se debe diligenciar el nombre de la Unidad operativa.
En la casilla No. 2 se debe diligenciar el nombre de la persona responsable que realiza la inspección de presencia de plagas en la unidad operativa y quien debe haber realizado una inducción acerca del Plan de Saneamiento Básico.
En la casilla No. 3 se debe diligenciar la fecha en que se realiza la inspección.
En las casillas de la columna No. 4 Se debe verificar la presencia de plagas 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 la presencia de plagas 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 No 5, se indica el nombre de la posible plaga encontrada en la inspección. En caso de no encontrarse plaga debe colocarse la sigla N.P. (No Presenta).
En la casilla número 6, Observaciones Generales se agrega información adicional y comentarios sobre los aspectos y áreas examinadas.
En la casilla número 7, OBSERVACIONES, se listan las observaciones, fallas o inconvenientes presentados, las cuales tendrán que verificarse y controlarse.
En la casilla número 8, 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 No. 9, se describe el nombre del o los responsables de la acción correctiva.
Este formato debe permanecer actualizado mes a mes en el documento Plan de Saneamiento Básico de la unidad operativa.

PROGRAMA DE CONTROL INTEGRAL DE PLAGAS	
FORMATO REGISTRO DE CONTROL DE PLAGAS	
1. FECHA	**21 Diciembre 2024**
2. UNIDAD OPERATIVA:	**POLICARPA**
3. ÁREA	**TODOS LOS PUNTOS**
4. PLAGUICIDA APLICADO	**SULFAC EC 50 aplicando 8mm/litro de agua antídoto; tratamiento sintomatico**
5. RODENTICIDA APLICADO	**No se aplico**
6. INGREDIENTE ACTIVO	**CYFLUTHRIN 50g por litro**
7. DOSIFICACIÓN	**50g/litro de agua**
8. PLAGA A ERRADICAR	**Ninguna**
9. EMPRESA QUE EJECUTÓ EL PROCESO	**GESTORES ambientales.**
10. RESPONSABLE(S) DE LA UNIDAD OPERATIVA EN LA QUE SE REALIZA EL CONTROL.	**OCTAVIO ZAMBRANO**
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

CC-POLICARPA.

1. RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN: *OCTAVIO ZAMBRANO CUADROS*

2.FECHA: 01/04/2025

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**	
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)

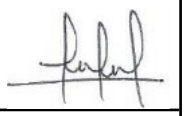
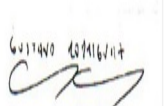
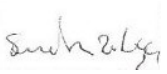
Para diligenciar correctamente el Formato: VERIFICACIÓN DE HERMETICIDAD se debe tener en cuenta:
El formato permite verificar la hermeticidad de todas las áreas y espacios de la unidad operativa, mediante una verificación Mensual que prevenga y proteja las instalaciones del ingreso o aparición de plagas 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.

POLICARPA OPERADO POR CORPORACION RAZON DE SER, CONTRATO 7269, INICIO OPERACION 02/12/2024 AL 30/05/2025.

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

Yo __OCTAVIO ZAMBRANO CUADROS_____

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	SANDRA YISEL CRUZ MORENO	52.545.354	REPRESENTANTE LEGAL	
Responsable y/o Delegado Administrativo	OCTAVIO ZAMBRANO CUADROS	80730048	COORDINADOR	
Supervisor de Servicios Generales u otro delegado	GUSTAVO RODRIGUEZ	79.960.239	NUTRICIONISTA DEL OPERADOR	
Supervisor o jefe de Servicios Generales u otro delegado	SANDRA SULUAGA	53.167.917	OPERARIA	
Si se sugiere otro relacionar y adoptar.				

Fecha de la adopción: 02/12/2024

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

Para diligenciar correctamente el Formato Declaración de Compromiso, tenga en cuenta las siguientes instrucciones:
Se registra el nombre de la Unidad Operativa el cual aparece en letra gris e indicar si es de la Secretaria de Integración Social. Si no pertenece y es un servicio operado por un tercero, indicar el tipo y tiempo de vigencia del contrato, cada vez que se adicione o renueve el contrato, se debe actualizar el formato de Declaración de Compromiso. (casilla 1)
Se debe diligenciar el nombre de la persona responsable de la Unidad Operativa. (casilla 2)
En la casilla (3, 4, 5 y 6), se debe registrar, el nombre de las personas responsables y delegadas de la Unidad Operativa, el número de cédula de ciudadanía y la firma.
En siguiente casilla (casilla 8), se debe registrar la fecha en la que se efectúa el registro del formato de compromiso y se debe diligenciar cada vez que se adicione, actualice el contrato o se modifique el Plan de Saneamiento Básico.