## REGISTRO PROGRAMA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

| NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA: | HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA | LUGAR: | CDI MANOS AMIGAS 2 | MES: | AGOSTO |
|---|---|---|---|---|---|

**Instrucciones:** Diligenciar en el espacio en blanco la fecha en la cual se realizó la actividad de limpieza y desinfección.

| ESPACIO/ELEMENTO/EQUIPO | REGISTRO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1° Semana | | | | | 2° Semana | | | | | 3° Semana | | | | | 4° Semana | | | | | 5° Semana | | | | |
| | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V |
| PAREDES, TECHOS, PUERTAS, VENTANAS Y PISOS | | 05 | 06 | | | | 12 | 13 | | | | 19 | 20 | | | | 26 | 27 | | | | | | | |
| SUPERFICIES-MESONES | | 05 | 06 | | | | 12 | 13 | | | | 19 | 20 | | | | 26 | 27 | | | | | | | |
| EQUIPOS DE COCINA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BAÑO | | 05 | 06 | | | | 12 | 13 | | | | 19 | 20 | | | | 26 | 27 | | | | | | | |
| MESAS, SILLAS Y ESTANTERIAS | | 05 | 06 | | | | 12 | 13 | | | | 19 | 20 | | | | 26 | 27 | | | | | | | |
| LAVAMANOS Y ACCESORIOS | | 05 | 06 | | | | 12 | 13 | | | | 19 | 20 | | | | 26 | 27 | | | | | | | |
| SANITARIO | | 05 | 06 | | | | 12 | 13 | | | | 19 | 20 | | | | 26 | 27 | | | | | | | |
| TRAMPA DE GRASAS Y DEMAS SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LAVAPLATOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MENAJE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CANECA ALMACENAMIENTO DE AGUA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FRUTAS, VERDURAS, HUEVOS | | 05 | 06 | | | | 12 | 13 | | | | 12 | 20 | | | | 26 | 27 | | | | | | | |
| ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL (si aplica) | | 05 | 06 | | | | 12 | 13 | | | | 19 | 20 | | | | 26 | 27 | | | | | | | |
| CANECAS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS | | 05 | 06 | | | | 12 | 13 | | | | 12 | 20 | | | | 26 | 27 | | | | | | | |
| ELEMENTOS DE ASEO (TRAPERO, ESCOBAS, CEPILLO, RECOGEDOR Y LIMPIONES) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Incluir demás elementos) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Incluir demás elementos) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO | Maria Rubiano | | | | | Maria Rubiano | | | | | Maria Rubiano | | | | | Maria Rubiano | | | | | | | | | |
| OBSERVACIONES DE VERIFICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACCION DE MEJORA | N-A | | | | | N-A | | | | | N-A | | | | | N-A | | | | | | | | | |

Maria Rubiano P.
Nombre
Cedula
1093798143

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

## FORMATO CONTROL FISICO DE PLAGAS Y VECTORES

| NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA: | UELLAS DE AMOR PARA TU VID | LUGAR: | CDI MANOS AMIGAS 2 | FECHA: | AGOSTO |
|---|---|---|---|---|---|

| AREAS | Paredes y pisos lisos sin fisuras | | Sifones y desagues con rejillas | | Toma corrientes y cables sin aberturas | | Puertas sin abertura entre piso y puerta | | Tuberías y acometidas sin aberturas | | Ventanas y espacios de ventilación con aislantes | | Puertas y ventadas en buen estado | | EXISTE PRESENCIA DE PLAGAS | | | CONTROL REQUERIDO | FECHA APUCACIÓN DEL CONTROL | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | Cumple | No cumple | SI | TIPO DE PLAGA | NO | | | |
| COCINA | | | | | | | | | | | | | | | | | NO | | | |
| BAÑO | C | | C | | C | | C | | C | | C | | C | | | — | | | | |
| SALA COMEDOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SALONES | C | | C | | C | | C | | C | | C | | C | | | — | NO | | | |
| AREA ADMINISTRATIVA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EXTERIORES | C | | C | | C | | C | | C | | C | | C | | | — | NO | | | |
| CUARTO ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Incluir demás áreas) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Incluir demás áreas) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESPÓNSABLE DE VERIFICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(Firma representante legal)

Nombre Mayra Yesenia Pupiales

Cedula 1.091.393.147



Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

## PROGRAMA DESECHOS SÓLIDOS

| NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA: | HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA | LUGAR: | CDI MANOS AMIGAS 2 | MES: | AGOSTO |
|---|---|---|---|---|---|

**Indicaciones de diligenciamiento:** Identificar de acuerdo con los criterios de evaluación el cumplimiento de los espacios y elementos destinados para la gestión de los residuos sólidos. A continuación se establece la metodología de diligenciamiento: **C:** Cumple **NC:** No cumple

| ASPECTO A EVALUAR | VERIFICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CRITERIOS DE EVALUACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1° Semana | | | | | 2° Semana | | | | | 3° Semana | | | | | 4° Semana | | | | | 5° Semana | | | | | |
| | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | |
| COCINA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Tener en cuenta:<br>Estado de las canecas. (Limpios, con tapas, con su respectiva bolsa)Capacidad adecuada del contenedor<br>Ubicación de los contenedores<br><br>Para los espacios de almacenamiento verificar la organización, limpieza, ventilación, señalizado, control de vectores entre otros. |
| BAÑOS | | C | C | | | | C | C | | | | C | C | | | | C | C | | | | | | | | |
| SALON | | C | C | | | | C | C | | | | C | C | | | | C | C | | | | | | | | |
| COMEDOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AREA ADMINISTRATIVA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CUARTO DE RESIDUOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EXTERIORES | | C | C | | | | C | C | | | | C | C | | | | C | C | | | | | | | | |
| *(INCLUIR OTROS ESPACIOS)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *(INCLUIR OTROS ESPACIOS)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| PESO DE RESIDUOS SOLIDOS GENERADOS (Kg) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | TOTAL MES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE RESIDUO | 1° Semana | | | | | 2° Semana | | | | | 3° Semana | | | | | 4° Semana | | | | | 5° Semana | | | | | |
| | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | |
| KILOS DE RESIDUOS ORGANICOS | | 1L | 1L | | | | 1L | 1L | | | | 1L | 1L | | | | 1L | 1L | | | | | | | | 4 kg |
| KILOS DE RESIDUOS ORDINARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| KILOS DE RESIDUOS PLASTICOS | | 1L | 1L | | | | 1L | 1L | | | | 1L | 1L | | | | 1L | 1L | | | | | | | | 4 kg |
| KILOS DE RESIDUOS PAPEL Y CARTON | | 1L | 1L | | | | 1L | 1L | | | | 1L | 1L | | | | 1L | 1L | | | | | | | | 4 kg |
| KILOS DE CEITE DE COCINA USADO (FRASCOS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| KILOS DE RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL RESIDUOS DÍA | 0 | 3L | 3L | 0 | 0 | 0 | 3L | 3L | 0 | 0 | 0 | 3L | 3L | 0 | 0 | 0 | 3L | 3L | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 12 kg. |

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

## REGISTRO PROGRAMA ABASTECIMIENTO O SUMINISTRO DE AGUA POTABLE

| NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA: | HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA | LUGAR: | CDI MANOS AMIGAS 2 | MES: | AGOSTO |
|---|---|---|---|---|---|

**Indicaciones de diligenciamiento:** Identificar si cumple o no cumplen los siguientes parámetros en el agua de consumo:
Sabor: Aceptable
Olor: Aceptable
Color: < 15 Unidades de platino cobalto - UPC
Cloro residual libre: 0.3 - 2.0 mg/litros

Metodología de diligenciamiento: **C:** Cumple **NC:** No cumple

| ASPECTO A EVALUAR | | VERIFICACIÓN CALIDAD DEL AGUA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1° Semana | | | | | 2° Semana | | | | | 3° Semana | | | | | 4° Semana | | | | | 5° Semana | | | | |
| | | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V |
| SABOR | | | C | C | | | | C | C | | | | C | C | | | | C | C | | | | | | | |
| OLOR | | | C | C | | | | C | C | | | | C | C | | | | C | C | | | | | | | |
| COLOR | | | C | C | | | | C | C | | | | C | C | | | | C | C | | | | | | | |
| PRESENCIA DE MATERIA EXTRAÑA | | | NA | NA | | | | NA | NA | | | | NA | NA | | | | NA | NA | | | | | | | |
| CLORO RESIDUAL INDIQUE RESULTADO | DATO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CUMPLE O NO CUMPLE | | C | C | | | | C | C | | | | C | C | | | | C | C | | | | | | | |

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner