ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	**PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES** **FORMATO CONTROL DE LAVADO Y DESINFECCIÓN DEL TANQUE DE AGUA POTABLE**	**Código:** FOR-PSS-064 **Versión:** 0 **Fecha:** Memo Int. 38379 – 18/07/2017 Página: 1 de 2

PROGRAMA DE ABASTECIMIENTO DE AGUA POTABLE

CONTROL DEL LAVADO Y DESINFECCIÓN DEL TANQUE DE AGUA POTABLE

CC RESURRECCION

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: **___SORAYA PERILLA _____**

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
FUMINDUSTRIAL 07/11/2024	05/05/2025	HIPOCLORITO DE SODIO 13%	HIPOCLORITO DE SODIO 13%	200 PPM	Soraya Perilla

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.

PROGRAMA DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÒN

FORMATO SEGUIMIENTO A SOLUCIONES DESINFECTANTES

1. NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMEDOR RESURRECCIÓN
MES: DICIEMBRE AÑO: 2024

2. Nombre del responsable del Seguimiento: SORAYA PERILLA 2. Cargo: RESPONSABLE DEL SERVICIO

3. Desinfectante utilizado: Hipoclorito de Sodio - Marca Orión - Lote 37658
Amonio Cuaternario – Marca Orión - Lote 40212

4. Fecha de vencimiento: **5. Concentración: NaClO 5.25% - Amonio cuaternario 10%**

6. Semana: 03 al 07 de diciembre

5. Áreas, alimentos, espacios y elementos	L		M		M		J		V		S	
	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	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Bolsa del Queso	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	30	30
Bolsa de Leche	NA	NA	36	36	36	36	36	36	36	36	NA	NA
Enlatados	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Empaques de lácteos	NA	NA	25	25	25	25	25	25	25	25	5	5
Equipos y utensilios	NA	NA	10	30	10	30	10	30	10	30	10	30
Mesas y sillas	NA	NA	10	40	10	40	10	40	10	40	10	40

5. Áreas, alimentos, espacios y elementos	L		M		M		J		V		S	
	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	10	40	10	40	10	40	10	40	10	40
Baños	NA	NA	10	80	10	80	10	80	10	80	10	80
Ambiente	NA	NA	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3

6. OBSERVACIONES: Se realiza la desinfección de alternancia con amonio cuaternario en concentración del 10% una vez a la semana el día de aseo general.

ENCARGADO DEL SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD OPERATIVA:

SORAYA PERILLA		Responsable del Servicio
NOMBRE Y C.C. 52207264	FIRMA	CARGO

PROGRAMA DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÒN

FORMATO SEGUIMIENTO A SOLUCIONES DESINFECTANTES

1. NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMEDOR RESURRECCIÓN
MES: DICIEMBRE AÑO: 2024

2. Nombre del responsable del Seguimiento: SORAYA PERILLA 2. Cargo: RESPONSABLE DEL SERVICIO

3. Desinfectante utilizado: Hipoclorito de Sodio - Hipoclorito de Sodio - Marca Orión - Lote 39384
Amonio Cuaternario – Marca Orión - Lote 38110

4. Fecha de vencimiento: **5. Concentración: NaClO 5.25% - Amonio cuaternario 10%**

6. Semana: 09 – 14 diciembre

5. Áreas, alimentos, espacios y elementos	L		M		M		J		V		S	
	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	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Bolsa del Queso	36	36	36	36	NA	NA	36	36	NA	NA	25	25
Bolsa de Leche	NA	NA	NA	NA	36	36	NA	NA	36	36	25	25
Enlatados	40	40	40	40	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Empaques de lácteos	NA	NA	NA	NA	25	25	NA	NA	20	20	NA	NA
Equipos y utensilios	10	30	10	30	10	30	10	30	10	30	10	30
Mesas y sillas	10	40	10	40	10	40	10	40	10	40	10	40

5. Áreas, alimentos, espacios y elementos	L		M		M		J		V		S	
	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	10	40	10	40	10	40	10	40	10	40	10	40
Baños	10	80	10	80	10	80	10	80	10	80	10	80
Ambiente	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3

3

6. OBSERVACIONES: Se realiza la desinfección de alternancia con amonio cuaternario en concentración del 10% una vez a la semana el día de aseo general.

ENCARGADO DEL SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD OPERATIVA:

SORAYA PERILLA		Responsable del Servicio
NOMBRE Y C.C. 52207264	FIRMA	CARGO

PROGRAMA DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÒN

FORMATO SEGUIMIENTO A SOLUCIONES DESINFECTANTES

1. NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMEDOR RESURRECCIÓN
MES: DICIEMBRE AÑO: 2024

2. Nombre del responsable del Seguimiento: SORAYA PERILLA 2. Cargo: RESPONSABLE DEL SERVICIO

3. Desinfectante utilizado: Hipoclorito de Sodio - Hipoclorito de Sodio - Marca Orión - Lote 39384
Amonio Cuaternario – Marca Orión - Lote 38110

4. Fecha de vencimiento: **5. Concentración:** NaClO 5.25% - Amonio cuaternario 10%

6. Semana: 16 – 21 diciembre

5. Áreas, alimentos, espacios y elementos	L		M		M		J		V		S	
	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	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Bolsa del Queso	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
Bolsa de Leche	5	5	5	5	NA	NA	NA	NA	35	35	NA	NA
Enlatados	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Empaques de lácteos	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Equipos y utensilios	10	30	10	30	10	30	10	30	10	30	10	30
Mesas y sillas	10	40	10	40	10	40	10	40	10	40	10	40

5. Áreas, alimentos, espacios y elementos	L		M		M		J		V		S	
	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	10	40	10	40	10	40	10	40	10	40	10	40
Baños	10	80	10	80	10	80	10	80	10	80	10	80
Ambiente	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3

6. OBSERVACIONES: Se realiza la desinfección de alternancia con amonio cuaternario en concentración del 10% una vez a la semana el día de aseo general.

ENCARGADO DEL SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD OPERATIVA:

SORAYA PERILLA		Responsable del Servicio
NOMBRE Y C.C. 52207264	FIRMA	CARGO

PROGRAMA DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÒN

FORMATO SEGUIMIENTO A SOLUCIONES DESINFECTANTES

1. NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMEDOR RESURRECCIÓN
MES: DICIEMBRE AÑO: 2024

2. Nombre del responsable del Seguimiento: SORAYA PERILLA 2. Cargo: RESPONSABLE DEL SERVICIO

3. Desinfectante utilizado: Hipoclorito de Sodio - Hipoclorito de Sodio - Marca Orión - Lote 39384
Amonio Cuaternario – Marca Orión - Lote 38110

4. Fecha de vencimiento: **5. Concentración:** NaClO 5.25% - Amonio cuaternario 10%

6. Semana: 23 a 28 diciembre

5. Áreas, alimentos, espacios y elementos	L		M		M		J		V		S	
	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	20	20			20	20	20	20	20	20
Bolsa del Queso	NA	NA	25	25			36	36	NA	NA	36	36
Bolsa de Leche	36	36	NA	NA			NA	NA	36	36	5	5
Enlatados	NA	NA	NA	NA			NA	NA	NA	NA	NA	NA
Empaques de lácteos	25	25	NA	NA			5	5	20	20	NA	NA
Equipos y utensilios	10	30	10	30			10	30	10	30	10	30
Mesas y sillas	10	40	10	40			10	40	10	40	10	40

	L		M		M		J		V		S	
5. Áreas, alimentos, 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)**
Superficies	10	40	10	40			10	40	10	40	10	40
Baños	10	80	10	80			10	80	10	80	10	80
Ambiente	1	3	1	3			1	3	1	3	1	3

6. OBSERVACIONES: Se realiza la desinfección de alternancia con amonio cuaternario en concentración del 10% una vez a la semana el día de aseo general.

ENCARGADO DEL SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD OPERATIVA:

SORAYA PERILLA — Responsable del Servicio

NOMBRE Y C.C. 52207264 — FIRMA — CARGO

PROGRAMA DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÒN

FORMATO SEGUIMIENTO A SOLUCIONES DESINFECTANTES

1. NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: COMEDOR RESURRECCIÓN
MES: DICIEMBRE AÑO: 2024

2. Nombre del responsable del Seguimiento: SORAYA PERILLA 2. Cargo: RESPONSABLE DEL SERVICIO

3. Desinfectante utilizado: Hipoclorito de Sodio - Marca Orión - Lote 39384
Amonio Cuaternario – Marca Orión - Lote 38110

4. Fecha de vencimiento:

5. Concentración: NaClO 5.25% - Amonio cuaternario 10%

6. Semana: 30 a 31 diciembre

5. Áreas, alimentos, espacios y elementos	L		M		M		J		V		S	
	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	20	20								
Bolsa del Queso	NA	NA	NA	NA								
Bolsa de Leche	36	36	36	36								
Enlatados	NA	NA	NA	NA								
Empaques de lácteos	25	25	25	25								
Equipos y utensilios	10	30	10	30								
Mesas y sillas	10	40	10	40								

		L		M		M		J		V		S	
	5. Áreas, alimentos, 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)
	Superficies	10	40	10	40								
	Baños	10	80	10	80								
	Ambiente	1	3	1	3								

6. OBSERVACIONES: Se realiza la desinfección de alternancia con amonio cuaternario en concentración del 10% una vez a la semana el día de aseo general.

ENCARGADO DEL SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD OPERATIVA:

SORAYA PERILLA		Responsable del Servicio
NOMBRE Y C.C. 52207264	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.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Claudia Amelia Sánchez *Elba Yuliedt Albadan* *Neyla Patricia Pulido Vergara* *Olga Lucía Gómez Corredor* *Camilo Ernesto Rodríguez Valencia* *Equipo Proyecto 1098* *Francy Pinilla* *Amanda León* *Apoyo a la Supervisión*	*Patricia Gómez* *Subdirectora para la Gestión Integral Local – SGIL* *Carlos Enrique Toledo* *Coordinador del Proyecto 1098* *María Adela Mena* *Equipo SIG – Dirección Territorial*	*Maritza Mosquera* *Directora Territorial – Lideresa Proceso Prestación de los Servicios Sociales*

1. UNIDAD OPERATIVA: COMEDOR RESURRECCIÓN			
2. RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN: ***SORAYA PERILLA***			3. FECHA-MES: 02/12/2024
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.	**NP**	
A.2	Revise que en la bodega no exista acumulación de empaques (bolsas, cajas de cartón, guacales, costales, frascos, etc.)	**NP**	
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.	**NP**	
B.2	Revise que en la bodega no exista acumulación de empaques (bolsas, cajas de cartón, guacales, costales, frascos, etc.)	**NP**	
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.	**NP**	
C.2	Revise que en el cuarto de basuras no exista acumulación de empaques (bolsas, cajas de cartón, guacales, costales, frascos, etc.)	**NP**	
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.	**NP**	
D.2	Revise que en los salones y oficinas no exista acumulación de empaques (bolsas, cajas de cartón, guacales, costales, frascos, etc.)	**NP**	
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.	**NP**	
E.2	Revise que en los baños no exista acumulación de empaques (bolsas, cajas de cartón, guacales, costales, frascos, etc.)	**NP**	

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.

1. UNIDAD OPERATIVA: CC RESURRECCION			
2. RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN**:** **SORAYA PERILLA (Responsable del servicio)**			3. FECHA: 02/12/2024
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.**	**N/A**
A.1	Uniones entre el piso y las paredes y paredes y techos.	**N.P.**	**N/A**
A.2	Debajo y en la parte de atrás de la nevera.	**N.P.**	**N/A**
A.3	Debajo de la estufa.	**N.P.**	**N/A**
A.4	En las bandejas de la estufa.	**N.P.**	**N/A**
A.5	Debajo, encima y dentro de los gabinetes	**N.P.**	**N/A**
A.6	Debajo de la estantería	**N.P.**	**N/A**
A.7	Dentro y en el contorno de la campana extractora	**N.P.**	**N/A**
A.8	Dentro y alrededor de la caneca.	**N.P.**	**N/A**
A.9	Debajo del lavaplatos	**N.P.**	**N/A**
A.10	En el techo falso de la cocina	**N.P.**	**N/A**
4.B	ÁREA DE BODEGA DE ALIMENTOS		
B.1	Uniones entre el piso y las paredes y paredes y techos.	**N.P.**	**N/A**
B.2	Debajo y en los entrepaños de la estantería	**N.P.**	**N/A**
B.3	Debajo de las estibas	**N.P.**	**N/A**
B.4	Dentro de las canastillas	**N.P.**	**N/A**
4.C	CUARTO DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS		
C.1	Uniones entre el piso y las paredes y paredes y techos.	**N.P.**	**N/A**
C.2	Dentro y alrededor de la caneca.	**N.P.**	**N/A**
4.D	SALONES Y OFICINAS		
D.1	Uniones entre el piso y las paredes y paredes y techos.	**N.P.**	**N/A**
D.2	Dentro y fuera de los gabinetes	**N.P.**	**N/A**
4.E	BAÑOS		
E.1	Uniones entre el piso y las paredes y paredes y techos.	**N.P.**	**N/A**
E.2	Cisterna e inodoro	**N.P.**	**N/A**
4.F	CUARTO DE MATERIAL DIDÁCTICO/LUDICO		
F.1	Uniones entre el piso y las paredes y paredes y techos.	**N.P.**	**N/A**
F.2	Debajo y en los entrepaños de la estantería	**N.P.**	**N/A**
F.3	Dentro y alrededor de las cajas	**N.P.**	**N/A**
F.4	Alrededor de las colchonetas	**N.P.**	**N/A**
4.G	LAVANDERÍA		
G.1	Uniones entre el piso y las paredes y paredes y techos.	**N.P.**	**N/A**
G.2	Debajo y alrededor de la lavadora	**N.P.**	**N/A**

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

7. OBSERVACIONES	8. ACCIONES CORRECTIVAS (TIEMPO PROPUESTO)	9. RESPONSABLE(S)
N.P.	**N/A**	**N/A**

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	**07/11/2024**
2. UNIDAD OPERATIVA:	**CC RESURRECCION**
3. ÁREA	**ESPACIO EN GENERAL (UN NIVEL) DEL COMEDOR**
4. PLAGUICIDA APLICADO	**SIPETRIN 5C 5%**
5. RODENTICIDA APLICADO	**RATIQUILL**
6. INGREDIENTE ACTIVO	**BETA - CIPERMETRINA**
7. DOSIFICACIÓN	**15% X LT DE 1000 CC**
8. PLAGA A ERRADICAR	No Aplica
9. EMPRESA QUE EJECUTÓ EL PROCESO	**FUMINDISTRIAL**
10. RESPONSABLE(S) DE LA UNIDAD OPERATIVA EN LA QUE SE REALIZA EL CONTROL.	**SORAYA PERILLA**
11. OBSERVACIONES GENERALES: PROXIMA ACCIÓN CORRECTIVA (ANTES DEL 05 DE MAYO DE 2025)	

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 RESURRECCION			
1. RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN: ***SORAYA PERILLA***			2.FECHA: 02/12/2024
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.

CC RESURRECCION

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

Yo SORAYA PERILLA
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	CARLOS ALBERTO CAMACHO	13512124	Representante legal	
Responsable y/o delegado Administrativo	SORAYA PERILLA	52207264	Responsable del servicio	
Supervisor o jefe de Servicios Generales u otro delegado	VALERIA RODRIGUEZ	1032490032	Nutricionista	
Otro delegado	TATIANA LOAIZA	1105056354	Auxiliar Administrativo	
Otro delegado	ROCIO VARGAS	51923878	Manipuladora de alimentos	
Otro delegado	ELIANA MENDOZA	1051739734	Manipuladora de alimentos	
Otro delegado	MARICELA RAMIREZ	52691501	Manipuladora de alimentos	
Otro delegado	ROSALBA MALAGON	52060087	Manipuladora de alimentos	
Otro delegado				
Otro delegado				

Fecha de la adopción: 07-12 - 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.