REGISTRO PROGRAMA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	corhuellas	LUGAR:	Picardias	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					1																				
SUPERFICIES-MESONES					7	4	5	6		8	11	12	13	14	15		19	20	21	22		26	27	28	
EQUIPOS DE COCINA					7	4	5	6		8	11	12	13	14	15		19	20	21	22		26	27	28	
BAÑO					7	4	5	6		8	11	12	13	14	15		19	20		22		26	27	28	
MESAS, SILLAS Y ESTANTERIAS					7	4	5	6		8	11	12	13	14	15		19	20		22		26	27	28	
LAVAMANOS Y ACCESORIOS					7	4	5	6		8	11	12	13	14	15		19	20		22		26	27	28	
SANITARIO					7	4	5	6		8	11	12	13	14	15		19	20		22		26	27	28	
TRAMPA DE GRASAS Y DEMAS SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUA					NA	NA	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	NA		NA	NA		NA		NA	NA	NA	
LAVAPLATOS																									
MENAJE																									
CANECA ALMACENAMIENTO DE AGUA																									
FRUTAS, VERDURAS, HUEVOS																									
ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL (Si aplica)																									
CANECAS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS																									
ELEMENTOS DE ASEO (TRAPERO, ESCOBAS, CEPILLO, RECOGEDOR Y LIMPIONES)																									
[illegible]																									
[illegible]																									
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO																									
OBSERVACIONES DE VERIFICACIÓN																									
ACCION DE MEJORA																									

Nombre: Graciela Cuzcano
Cedula:

Powered by CamScanner

REGISTRO PROGRAMA ABASTECIMIENTO O SUMINISTRO DE AGUA POTABLE

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	Corhuellas	LUGAR:		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	C	C		C	C		C		C	C	C	
OLOR						C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		C	C		C		C	C	C	
COLOR						C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		C	C		C		C	C	C	
PRESENCIA DE MATERIA EXTRAÑA						NC	NC	NC	NC		NC	NC	NC	NC	NC	NC		NC	NC		NC		NC	NC	NC	
CLORO RESIDUAL INDIQUE RESULTADO	DATO																									
	CUMPLE O NO CUMPLE																									

RESPORTES MANTENIMIENTO, LAVADO Y DESINFECCIÓN

ELEMENTO	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
Redes hidrosanitarias			
Tanques elevados			
Tanques subterráneos			
Purificadores y/o filtros de agua			
(incluir otros)			

Graciela Garzon
Nombre
Cedula

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

Powered by CamScanner

PROGRAMA DESECHOS SÓLIDOS

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA: coxhoellas

LUGAR: Picardias

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

VERIFICACIÓN

ASPECTO A EVALUAR	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					C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		C	C		C		C	C	C	
BAÑOS					C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		C	C		C		C	C	C	
SALON					C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		C	C		C		C	C	C	
COMEDOR					C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		C	C		C		C	C	C	
AREA ADMINISTRATIVA					C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		C	C		C		C	C	C	
CUARTO DE RESIDUOS					C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		C	C		C		C	C	C	
EXTERIORES					C	C	C	C		C	C	C	C	C	C		C	C		C		C	C	C	
INCLUIR OTROS ESPACIOS					NA	NA	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	NA		NA	NA		NA		NA	NA	NA	
INCLUIR OTROS ESPACIOS																									

CRITERIOS DE EVALUACION

Tener en cuenta:
Estado de las canecas (Limpios con tapas, con su respectiva bolsa)Capacidad adecuada del contenedor
Ubicación de los contenedores

Para los espacios de almacenamiento, verificar la organización, limpieza, ventilación, señalización, control de vectores, entre otros

PESO DE RESIDUOS SOLIDOS GENERADOS (Kg)

TIPO DE RESIDUO	1° Semana					2° Semana					3° Semana					4° Semana					5° Semana					TOTAL MES
	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					7K	2K	7K	7K		7K	2K	7K	7K		7K	5K	3K			2K	7K	2K	1K			
KILOS DE RESIDUOS ORDINARIOS					80	30	70	60		70	60	50	60		30	30	40			30	20	20	10			
KILOS DE RESIDUOS PLASTICOS					10	30	40	60		40	70	30	40		10	70	30			20	30	15	30			
KILOS DE RESIDUOS PAPEL Y CARTON					0	0	0	0		0	0	0	0		0	0	0			0	0	0	0			
KILOS DE CEITE DE COCINA USADO (FRASCOS)																										
KILOS DE RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES					NA	NA	NA	NA		NA	NA	NA	NA		NA	NA	NA			NA	NA	NA	NA			
TOTAL RESIDUOS DIA																										

PROGRAMA RESIDUOS SOLIDOS

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:		LUGAR:	

TIPO DE RESIDUO	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	MECANISMO DE APROVECHAMIENTO, ELIMINACIÓN Y/O DISPOSICIÓN FINAL
RESIDUOS ORGANICOS			
RESIDUOS ORDINARIOS			
RESIDUOS PLASTICOS			
RESIDUOS PAPEL Y CARTON			
CEITE DE COCINA USADO (FRASCOS)			
RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES			

Graciela Guzman
Nombre
Cedula

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

Powered by CamScanner

FORMATO CONTROL FISICO DE PLAGAS Y VECTORES

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:		LUGAR:		FECHA:	

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		Tuberias y acometidas sin aberturas		Ventanas y espacios de ventilación con aislantes		Puertas y ventadas en buen estado		EXISTE PRESENCIA DE PLAGAS			CONTROL REQUERIDO	FECHA APLICACIÓN 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	X		X		X		X		X		X		X		X					
BAÑO	X		X				X		X		X		X		X					
SALA COMEDOR	X		X				X		X		X		X		X					
SALONES	X		X				X		X		X		X		X					
AREA ADMINISTRATIVA					N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A					
EXTERIORES																				
CUARTO ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS																				
(Incluir demás áreas)																				
(Incluir demás áreas)																				
RESPÓNSABLE DE VERIFICACIÓN																				

Gracielo Serrano

Nombre
Cedula

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PERSONALES RECOLECTADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ESTABLECIDA EN LA PAGINA WEB DE ICBF

Powered by CamScanner