REGISTRO PROGRAMÁ LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	Corhuellas	LUGAR:	HCB Los Bulliciosos	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					01	04	05	06		08	11	12	13	14	15			20		22		26	27	28		
SUPERFICIES-MESONES					01	04	05	06		08	11	12	13	14	15			20		22		26	27	28		
EQUIPOS DE COCINA					01	04	05	06		08	11	12	13	14	15			20		22		26	27	28		
BAÑO					01	04	05	06		08	11	12	13	14	15			20		22		26	27	28		
MESAS, SILLAS Y ESTANTERIAS					01	04	05	06		08	11	12	13	14	15			20		22		26	28	28		
LAVAMANOS Y ACCESORIOS					01	04	05	06		08	11	12	13	14	15			20		22		26	27	28		
SANITARIO					01	04	05	06		08	11	12	13	14	15			20		22		26	27	28		
TRAMPA DE GRASAS Y DEMAS SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUA																										
LAVAPLATOS					01	04	05	06		08	11	12	13	14	15			20		22		26	27	28		
MENAJE					01	04	05	06		08	11	12	13	14	15			20		22		26	27	28		
CANECA ALMACENAMIENTO DE AGUA					01	04	05	06		08	11	12	13	14	15			20		22		26	27	28		
FRUTAS, VERDURAS, HUEVOS					01	04	05	06		08	11	12	13	14	15			20		22		26	27	28		
ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL (si aplica)																										
CANECAS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS					01	04	05	06		08	11	12	13	14	15			20		22		26	27	28		
ELEMENTOS DE ASEO (TRAPERO, ESCOBAS, CEPILLO, RECOGEDOR Y LIMPIONES)					01	04	05	06		08	11	12	13	14	15			20		22		26	27	28		
(Incluir demás elementos)																										
(Incluir demás elementos)																										
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO																										
OBSERVACIONES DE VERIFICACIÓN																										
ACCION DE MEJORA																										

(Firma)

Nombre: Mario Genove Dorfeñale
Cedula: 26'571.373

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:	Corhuellas	LUGAR:	HCB los Bulliciosos	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		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 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		NA		X		X		NA		X				X			
SALA COMEDOR	X		NA		X		X		NA		X		X				X			
SALONES	X		NA		X		X		NA		X		X				X			
AREA ADMINISTRATIVA	NA		NA		NA		NA		NA		NA		NA				X			
EXTERIORES	X		NA		NA		X		NA		X		X				X			
CUARTO ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS		X	NA		NA			X	NA			X	X				X			
(Incluir demás áreas)																				
(Incluir demás áreas)																				
RESPÓNSABLE DE VERIFICACIÓN																				

(Firma representante legal)

Nombre M. Cenovia Peñaloza
Cedula 26571.373.

Powered by CamScanner

PROGRAMA DESECHOS SÓLIDOS

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA: Corhuellas | LUGAR: HCB Los Bulliciosos | 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	VERIFICACION																									
	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		
BAÑOS					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		
COMEDOR					C	C	C	C		C	C	C	C	C	C			C		C		C	C	C		
AREA ADMINISTRATIVA					NA	NA	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA	NA			NA		NA		NA	NA	NA		
CUARTO DE RESIDUOS					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		
(INCLUIR OTROS ESPACIOS)																										
(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, señalizado, 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					2	1	1	2		1	2	1	1	2	1			2		1		2	2	1		22
KILOS DE RESIDUOS ORDINARIOS					1	2	1	1		2	2	1	1	1	1			2		2		2	1	1		21
KILOS DE RESIDUOS PLASTICOS					0	2	0	0		0	1	0	0	0	0			0		0		0	0	0		3
KILOS DE RESIDUOS PAPEL Y CARTON					2	0	0	0		1	0	0	0	0	2			0		2		0	0	0		7
KILOS DE CEITE DE COCINA USADO (FRASCOS)					0	1	0	0		0	1	0	0	0	0			0		0		0	0	0		2
KILOS DE RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES					0	0	0	0		0	0	0	0	0	0			0		0		0	0	0		0
TOTAL RESIDUOS DÍA	0	0	0	0	5	0	6	0	2	0	3	0	0	4	0	6	0	2	0	2	3	0	4	0	0	0	4	0	5	0	4	0	3	0	2	0		0

PROGRAMA RESIDUOS SOLIDOS

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA: Corhuellas | LUGAR: HCB Los Bulliciosos

TIPO DE RESIDUO	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	MECANISMO DE APROVECHAMIENTO, ELIMINACIÓN Y/O DISPOSICIÓN FINAL
RESIDUOS ORGANICOS	22	Todos los dias	Huerta
RESIDUOS ORDINARIOS	21	10-08-2025	Recolección de basuras
RESIDUOS PLASTICOS	3	10-08-2025	recolección de basuras
RESIDUOS PAPEL Y CARTON	7	10-08-2025	Recolección de basuras
CEITE DE COCINA USADO (FRASCOS)	2	10-08-2025	Recolección de basuras
RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES	0		

(Firma)

Nombre: Higelio Vevaleñatl
Cedula: 26571.375

Powered by CamScanner

RESPORTES MANTENIMIENTO, LAVADO Y DESINFECCIÓN			
ELEMENTO	**FECHA**	**DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD**	**OBSERVACIONES**
Redes hidrosanitarias	Se hace todos los Fines de Semana	Se realiza aplicandole agua caliente	
Tanques elevados	NA		*Indicar si se cuenta con informes de lavado de tanques*
Tanques subterráneos	NA		
Purificadores y/o filtros de agua	Se hace los lunes	Se lava el tarro y el filtro con agua caliente	
(incluir otros)			

(Firma)

Nombre María Genoveva Peinado

Cedula 26 571.373