## DIAGNOSTICO RESIDUOS SOLIDOS UNIDAD PERIODISTAS OCTUBRE - palenque

| **1. CONTENEDORES** | | | |
|---|---|---|---|
| Marque con una (X) en la casilla que corresponda | | | |
| 1. ¿Existen puntos ecológicos en la operativa? (canecas, blanca, negra y verde) | | Unidad: 1 | SI: X NO: ____ |
| 1.1 ¿Existen Canecas para la cocina? | | SI | NO _X N/A |
| 1.2 ¿Existen Canecas para baños? | | SI X | NO |
| 1.3 ¿Existen canecas para pañales? | | SI_____ | NO X_ N/A |
| 1.4 ¿Existe canecas para el cuarto de almacenamiento? (canecas, blanca, negra y verde juntas) | | SI_____X_____ | NO ____ |
| Observaciones: | | | |

| **2. ESTADO GENERAL DE LOS CONTENEDORES** | | | |
|---|---|---|---|
| Marque el número total de contenedores en la casilla que corresponda | | | |
| Contenedores | Número total de Contenedores BUENO | Número total de Contenedores REGULAR | Número total de Contenedores MALO |
| 2.1. Blanca de punto ecológico | 1 | | |
| 2.2. Verde de puntoecológico | 1 | | |
| 2.3. Negra de puntoecológico | 1 | | |
| 2.4 Canecas Cocina | 0 | | |
| 2.5 Canecas Baños | 2 | | |
| 2.6 Canecas para Pañales | 0 | | |

| **3 VERIFICACIÓN: SEPARACIÓN EN LA FUENTE** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Marque con una (X) en la casilla que corresponda | | | | |
| Criterios | Cumple | No Cumple | | Observaciones |
| 3.1 ¿Las canecas están con bolsas de acuerdo al color de la caneca? | x | | | |
| 3.2 ¿Los puntos ecológicos son suficientes para el predio? | x | | | |
| 3.3 ¿La caneca de la cocina es higiénico sanitaria? | X | | | |
| 3.4 ¿Clasifican correctamente los residuos en cada contendor? | x | | | |
| 3.5 ¿Las canecas están debidamente rotuladas? | | X | | Al ser contenedores compartidos, no suelen aparecer los rótulos cuando se va a usar |
| 3.6 ¿El bidón se encuentra con sus respectivos filtros y tapa? | x | | N/A ___ | |
| 3.7¿Se incentiva en la unidad operativa la separación en la fuente? | x | | | |

| **4. ALMACENAMIENTO (Cuarto de residuos sólidos)** | |
|---|---|
| Material No Aprovechable | Localidad: Kennedy |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Nombre de la Empresa Gestora de Aseo: | | |
| | Frecuencia de recolección. | | |
| | Lunes | Miércoles | Viernes: |
| | Martes x | Jueves x | Sábados |
| | Hora de recolección: 7-8 A.M | | |
| Material Aprovechable | Cuenta con Acción Afirmativa ( X ) ó Acuerdo de Corresponsabilidad ( ) | | |
| **RESULTADOS DE LA GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS** | | | |
| Resultados del Autodiagnóstico | | | |
| Recomendaciones: | | | |
| Compromisos: | | | |

Realizado por: Sofía Alarcón Arbeláez – nutricionista dietista.