PROGRAMA DESECHOS SÓLIDOS

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA: Fundacion Grupo Libertad | LUGAR: HCB chiquitines | MES: Octubre

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				
BAÑOS		C		C									C		C		C			C		C				
SALON		C		C									C		C		C			C		C				
COMEDOR		C		C									C		C		C			C		C				
AREA ADMINISTRATIVA																										
CUARTO DE RESIDUOS		C		C									C		C		C			C		C				
EXTERIORES		C		C									C		C		C			C		C				
PATIO		C		C									C		C		C			C		C				

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		1										2			1		1			1		1				7
KILOS DE RESIDUOS ORDINARIOS		1										1			1		1			1		1				6
KILOS DE RESIDUOS PLASTICOS		1										1			1		1			1		1				6
KILOS DE RESIDUOS PAPEL Y CARTON		1										1			1		1			1		1				6
KILOS DE CEITE DE COCINA USADO (FRASCOS)																										
KILOS DE RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES																										
TOTAL RESIDUOS DÍA		4										5			4		4			4		4				

PROGRAMA RESIDUOS SOLIDOS

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA: Fundacion Grupo Libertad | LUGAR: HCB Chiquitines

TIPO DE RESIDUO	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	MECANISMO DE APROVECHAMIENTO, ELIMINACIÓN Y/O DISPOSICIÓN FINAL
RESIDUOS ORGANICOS	7		
RESIDUOS ORDINARIOS	6		
RESIDUOS PLASTICOS	6		
RESIDUOS PAPEL Y CARTON	6		
CEITE DE COCINA USADO (FRASCOS)			
RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES			

Leidy Johana Castro Rios
Nombre
Cedula 1074950614

Powered by CamScanner

FORMATO CONTROL FISICO DE PLAGAS Y VECTORES

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	Fundación Grupo Libertad	LUGAR:	HCB CHIQUITINES	FECHA:	5 octubre.

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	C		C		C		C		C				C				X			
BAÑO	C		C		C		C		C				C				X			
SALA COMEDOR	C		C		C						C		C				X			
SALONES	C		C		C		C				C		C				X			
AREA ADMINISTRATIVA																	X			
EXTERIORES	C		C		C						C		C							
CUARTO ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS	C																			
(Incluir demás áreas)																				
(Incluir demás áreas)																				
RESPÓNSABLE DE VERIFICACIÓN																				

Leidy Johana Castro
Nombre
Cedula 1079509614

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 LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	Fundacion grupo libertad	LUGAR:	HCB Chiguiros	MES:	Octubre

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				2								14			17			22		24		28				
SUPERFICIES-MESONES				2								14			17			22		24		28				
EQUIPOS DE COCINA				2								14			17			22		24		28				
BAÑO				2								14			17			22		24		28				
MESAS, SILLAS Y ESTANTERIAS				2								14			17			22		24		28				
LAVAMANOS Y ACCESORIOS				2								14			17			22		24		28				
SANITARIO				2								14			17			22		24		28				
TRAMPA DE GRASAS Y DEMAS SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUA																						-				
LAVAPLATOS				2								14			17			22		24		28				
MENAJE				2								15			17			22		24		28				
CANECA ALMACENAMIENTO DE AGUA				2								14			17			22		24		28				
FRUTAS, VERDURAS, HUEVOS				2								14			17			22		24		28				
ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL (si aplica)																										
CANECAS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS				2								14			17			22		24		28				
ELEMENTOS DE ASEO (TRAPERO, ESCOBAS, CEPILLO, RECOGEDOR Y LIMPIONES)				2								14			17			22		24		28				
COLCHONETAS				2								14								24		28				
JUGUETES				2								14								24						
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO																										
OBSERVACIONES DE VERIFICACIÓN																										
ACCION DE MEJORA																										

Leidy Castrorios
Nombre
Cedula 1079509614

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

REGISTRO PROGRAMA ABASTECIMIENTO O SUMINISTRO DE AGUA POTABLE

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	Fundación Grupo Libertad	LUGAR:	HCB chiquitines	MES	octubre

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				
OLOR				C								C				C			C			C				
COLOR				C								C				C			C			C				
PRESENCIA DE MATERIA EXTRAÑA																										
CLORO RESIDUAL INDIQUE RESULTADO	DATO																									
	CUMPLE O NO CUMPLE																									

RESPORTES MANTENIMIENTO, LAVADO Y DESINFECCIÓN

ELEMENTO	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
Redes hidrosanitarias	03-16-20-23-27. octubre	Se hace el lavado de sanitario y lavamanos.	
Tanques elevados			
Tanques subterráneos			
Purificadores y/o filtros de agua	03-16-27	Se realiza el respectivo lavado.	

Leidy Castro Rios
Nombre
Cedula 1074509614

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

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

Powered by CamScanner