PROGRAMA DESECHOS SÓLIDOS

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA: Fundacion Grupo L. | LUGAR: HCB Chia 24 mes | MES: Noviembre

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 L	M	M	J	V	2° Semana L	M	M	J	V	3° Semana L	M	M	J	V	4° Semana L	M	M	J	V	5° Semana L	M	M	J	V
COCINA		C				C						C						C							
BAÑOS		C				C						C						C							
SALON		C				C						C						C							
COMEDOR		C										C						C							
AREA ADMINISTRATIVA		C										C						C							
CUARTO DE RESIDUOS		C				C												C							
EXTERIORES		C																C							
INCLUIR OTROS ESPACIOS																									
INCLUIR OTROS ESPACIOS																									

CRITERIOS DE EVALUACION

Tener en cuenta:
Estado de las canecas. (Limpias, con tapas, con su respectivo 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 L	M	M	J	V	2° Semana L	M	M	J	V	3° Semana L	M	M	J	V	4° Semana L	M	M	J	V	5° Semana L	M	M	J	V	TOTAL MES
KILOS DE RESIDUOS ORGANICOS		1					1					1					1									4
KILOS DE RESIDUOS ORDINARIOS		1					1					1					1									4
KILOS DE RESIDUOS PLASTICOS		1					1					1					1									4
KILOS DE RESIDUOS PAPEL Y CARTON		1					1																			
KILOS DE CEITE DE COCINA USADO (FRASCOS)																										
KILOS DE RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES												4					4									16
TOTAL RESIDUOS DÍA		4					4																			

PROGRAMA RESIDUOS SOLIDOS

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA: Fundacion grupo libertad | LUGAR: HCB chia fontanar

TIPO DE RESIDUO	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	MECANISMO DE APROVECHAMIENTO, ELIMINACIÓN Y/O DISPOSICIÓN FINAL
RESIDUOS ORGANICOS	1		
RESIDUOS ORDINARIOS	1		
RESIDUOS PLASTICOS	1		
RESIDUOS PAPEL Y CARTON	1		
CEITE DE COCINA USADO (FRASCOS)	1		
RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES	1		

Judy castro R.
Nombre
Cedula

Powered by CamScanner

REGISTRO PROGRAMA ABASTECIMIENTO O SUMINISTRO DE AGUA POTABLE

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	Fundacion Grupo Libertad	LUGAR:	ACB Chiguintinos	MES:	Noviembre.

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							
OLOR			C				C						C						C							
COLOR			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	14/11/2025		
Tanques elevados			
Tanques subterráneos			
Purificadores y/o filtros de agua			
(incluir otros)			

Leidy Castro Rios
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 LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	Fundación Grupo Libertad.	LUGAR:	HCB Chiquinquirá	MES:	Noviembre

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		4			7	10				14		18		20			25								
SUPERFICIES-MESONES		4			7	10				14		18		20			25								
EQUIPOS DE COCINA		4			7	10				14		18		20			25								
BAÑO		4			7	10				14		18		20			25								
MESAS, SILLAS Y ESTANTERIAS		4			7	10				14		18		20			25								
LAVAMANOS Y ACCESORIOS		4			7	10				14		18		20			25								
SANITARIO		4			7	10				14		18		20			25								
TRAMPA DE GRASAS Y DEMAS SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUA		4			7	10				14		18		20			25								
LAVAPLATOS		4			7	10				14		18		20			25								
MENAJE		4			7	10				14		18		20			25								
CANECA ALMACENAMIENTO DE AGUA		4			7	10				14		18		20			25								
FRUTAS, VERDURAS, HUEVOS		4			7	10				14		18		20			25								
ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL (si aplica)																									
CANECAS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS		4			7	10				14		18		20			25								
ELEMENTOS DE ASEO (TRAPERO, ESCOBAS, CEPILLO, RECOGEDOR Y LIMPIONES)		4	5		7	10				14		18		20			25								
COLCHONETAS		4			7	10				14		18		20			25								
JUGUETES		4			7	10				14		18		20			25								
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO																									
OBSERVACIONES DE VERIFICACIÓN																									
ACCION DE MEJORA																									

Leidy Johana Castro R.
Nombre
Cedula 1079504614

Powered by CamScanner

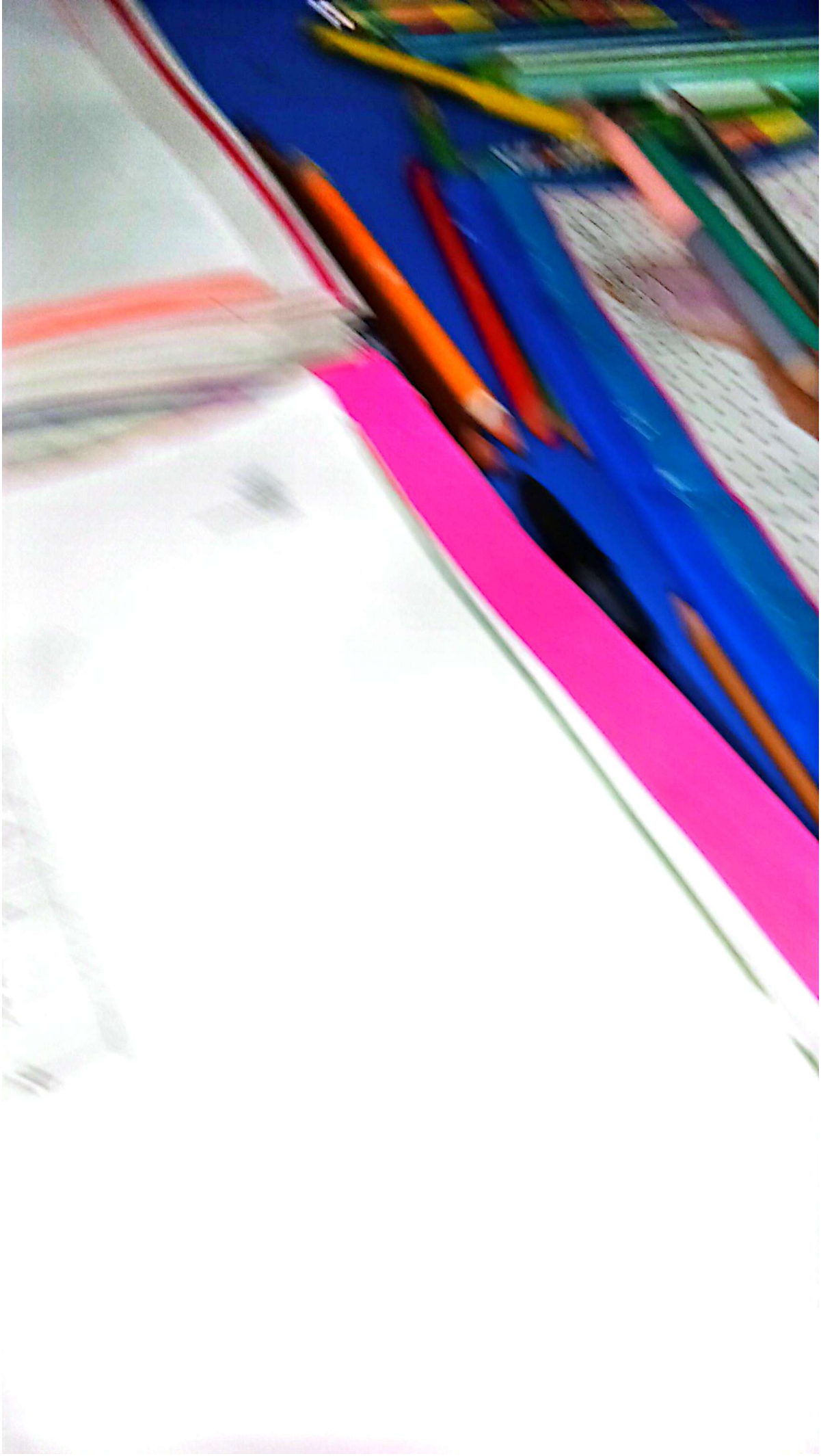
FORMATO CONTROL FISICO DE PLAGAS Y VECTORES

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	Fundacion Grupo Libertad	LUGAR:	HCB Chiquitines	FECHA:	Noviembre.

AREAS	Paredes y pisos lisos sin fisuras		Difusores 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 ventanas 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		C							
BAÑO	C		C		C		C		C		C		C							
SALA COMEDOR	C		C		C		C		C		C		C							
SALONES	C		C		C		C		C		C		C							
AREA ADMINISTRATIVA																				
EXTERIORES	C		C		C		C		C		C		C							
CUARTO ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS																				
(incluir demás áreas)																				
(incluir demás áreas)																				
RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN																				

Leidy Castro Rios
Nombre
Cedula 1079509614

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner