REGISTRO PROGRAMA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	Fundacion grupo libertad	LUGAR:	HCB	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					3										17										31
SUPERFICIES-MESONES			1					8					15					22					29		
EQUIPOS DE COCINA					3					10					17					24					31
BAÑO			1		3	6				10	13				17	20				24					31
MESAS, SILLAS Y ESTANTERIAS					3										17										31
LAVAMANOS Y ACCESORIOS			1		3	6		8			13		15			20		22			27				
SANITARIO			1		3	6		8		10	13		15		17	20		22		24	27		29		31
TRAMPA DE GRASAS Y DEMAS SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUA					3					10					17					24					31
LAVAPLATOS			1	2	3	6	7	8	9	10	13	14	15	16	17	20	21	22	23	24	27	28	29	30	
MENAJE			1	2	3						13	14	15	16	17	20	21	22	23	24	27	28	29	30	
CANECA ALMACENAMIENTO DE AGUA					3					10					17					24					31
FRUTAS, VERDURAS, HUEVOS			1	2	3						13	14	15	16	17	20	21	22	23	24	27	28	29	30	
ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL			1		3	6		8		10	13		15		17	20		22		24	27		29		
CANECAS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS				2		6			9		13			16		20			23		27			30	
ELEMENTOS DE ASEO (TRAPERO, ESCOBAS, CEPILLO, RECOGEDOR Y LIMPIONES)			1		3	6		8		10	13		15		17	20		22		24	27		29		31
COLCHONETAS					3					10					17					24					31
JUGUETES					3										17										31
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO	Andrea Benavides Loaiza																								
OBSERVACIONES DE VERIFICACIÓN	Manejo de la higiene continua.																								
ACCION DE MEJORA	Continuar con el aseo																								

Andrea Benavides
Nombre
Cedula 1074411231

FORMATO CONTROL FISICO DE PLAGAS Y VECTORES

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	Fundacion Grupo Libertad	LUGAR:	HCB Exploradores del Medio	FECHA:	30/Octubre/2025

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	C		C		C		C		C		C		C				X		30/10	
BAÑO	C		C		C		C		C		C		C				X		30/10	
SALA COMEDOR	C		C		C		C		C		C		C				X		30/10	
SALONES	C		C		C		C		C		C		C				X		30/10	
AREA ADMINISTRATIVA	C		C		C		C		C		C		C				X		30/10	
EXTERIORES	C		C		C		C		C		C		C				X		30/10	
CUARTO ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS	C		C		C		C		C		C		C				X		30/10	
(Incluir demás áreas)																				
(Incluir demás áreas)																				
RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN	Andrea Bercuido Soaza																			

Nombre
Cedula 1079411231

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF (LEY 1581 DE 2012)