FAMILIAR

REGISTRO PROGRAMA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	Grupo libertad	LUGAR:	Ucs 3 mes ideas.	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	5	6		10	11	12	13	14		18	19	20	21	24	25	26	27	28						
SUPERFICIES-MESONES		4	5	6		10	11	12	13	14		18	19	20	21	24	25	26	27	28						
EQUIPOS DE COCINA		4	5	6		10	11	12	13	14		18	19	20	21	24	25	26	27	28						
BAÑO		4	5	6		10	11	12	13	14		18	19	20	21	24	25	26	27	28						
MESAS, SILLAS Y ESTANTERIAS		4	5	6		10	11	12	13	14		18	19	20	21	24	25	26	27	28						
LAVAMANOS Y ACCESORIOS		4	5	6		10	11	12	13	14		18	19	20	21	24	25	26	27	28						
SANITARIO																										
TRAMPA DE GRASAS Y DEMAS SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUA																										
LAVAPLATOS		4	5	6		10	11	12	13	14		18	19	20	21	24	25	26	27	28						
MENAJE		4	5	6		10	11	12	13	14		18	19	20	21	24	25	26	27	28						
CANECA ALMACENAMIENTO DE AGUA																										
FRUTAS, VERDURAS, HUEVOS		4	5	6		10	11	12	13	14		18	19	20	21	24	25	26	27	28						
ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL (si aplica)		4	5	6		10	11	12	13	14		18	19	20	21	24	25	26	27	28						
CANECAS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS																										
ELEMENTOS DE ASEO (TRAPERO, ESCOBAS, CEPILLO, RECOGEDOR Y LIMPIONES)		4	5	6		10	11	12	13	14		18	19	20	21	24	25	26	27	28						
COLCHONETAS		4	5	6		10	11	12	13	14		18	19	20	21	24	25	26	27	28						
JUGUETES		4				10	11	12	13	14						24										
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO																										
OBSERVACIONES DE VERIFICACIÓN																										
ACCION DE MEJORA																										

Nombre Adela Perdomo.

Cedula 26529546 Paicol

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS PRESENTES DATOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL HSB Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

FORMATO CONTROL FISICO DE PLAGAS Y VECTORES

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	GRUPO libertad	LUGAR:	Hcb mis ideas.	FECHA:	Dovembre .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		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		C				—			
BAÑO	C		C		C		C		C		C		C							
SALA COMEDOR																				
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)																				
RESPÓNSABLE DE VERIFICACIÓN																				

Firma
Nombre Holida Perdomo Medina
Cedula 26529548 Puerto

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROGRAMA DESECHOS SÓLIDOS

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA: GRUPO libertad | LUGAR: Hab Mosdey | 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	VERIFICACIÓN																				CRITERIOS DE EVALUACION
	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	C	C	C	C						Tener en cuenta: Estado de las canecas. Limpieza, con tapas, con su respectiva bolsa/Capacidad adecuada del contenedor Ubicación de los contenedores Para los empleados de alimentación: verificar la organización limpieza, clasificación, señalización, control de vectores, entre otros.
BAÑOS	C	C	C	C		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	C	C	C	C						
COMEDOR	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C						
AREA ADMINISTRATIVA	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C						
CUARTO DE RESIDUOS	C	C	C	C		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	C	C	C	C						
(INCLUIR OTROS ESPACIOS)																										
(INCLUIR OTROS ESPACIOS)																										

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																										
KILOS DE RESIDUOS ORDINARIOS																										
KILOS DE RESIDUOS PLASTICOS																										
KILOS DE RESIDUOS PAPEL Y CARTON																										
KILOS DE CEITE DE COCINA USADO (FRASCOS)																										
KILOS DE RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES																										
TOTAL RESIDUOS DÍA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

PROGRAMA RESIDUOS SOLIDOS

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA: | LUGAR:

TIPO DE RESIDUO	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	MECANISMO DE APROVECHAMIENTO, ELIMINACIÓN Y/O DISPOSICIÓN FINAL
RESIDUOS ORGANICOS			
RESIDUOS ORDINARIOS			
RESIDUOS PLASTICOS		Cada 8 días	
RESIDUOS PAPEL Y CARTON			
CEITE DE COCINA USADO (FRASCOS)			
RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES			

Nombre: Adelda Perdomo L
Cedula: 26529546 Pasco

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

Powered by CamScanner

REGISTRO PROGRAMA ABASTECIMIENTO O SUMINISTRO DE AGUA POTABLE

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	Grupo Libertad	LUGAR:	Hcb Pitas	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	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C	C	C	C						
OLOR			C	C	C		C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C	C	C	C						
COLOR			C	C	C		C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C	C	C	C						
PRESENCIA DE MATERIA EXTRAÑA			N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A					
CLORO RESIDUAL INDIQUE RESULTADO	DATO																										
	CUMPLE O NO CUMPLE																										

RESPORTES MANTENIMIENTO, LAVADO Y DESINFECCIÓN

ELEMENTO	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
Redes hidrosanitarias			
Tanques elevados			
Tanques subterráneos			
Purificadores y/o filtros de agua			
(incluir otros)			

Nombre: Nelda Perdomo Fedna
Cedula: 26529546 Paicol.

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