REGISTRO PROGRAMA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	Carhuellas	LUGAR:	Padres Creciendo Juntos 4	MES:	Marzo

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												18													
SUPERFICIES-MESONES												18													
EQUIPOS DE COCINA												18													
BAÑO																									
MESAS, SILLAS Y ESTANTERIAS												18													
LAVAMANOS Y ACCESORIOS												18													
SANITARIO																									
TRAMPA DE GRASAS Y DEMAS SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUA												N/A													
LAVAPLATOS												18													
MENAJE												18													
CANECA ALMACENAMIENTO DE AGUA												N/A													
FRUTAS, VERDURAS, HUEVOS												N/A													
ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL												18													
CANECAS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS												18													
ELEMENTOS DE ASEO (TRAPERO, ESCOBAS, CEPILLO, RECOGEDOR Y LIMPIONES)												18													
COLCHONETAS												18													
JUGUETES												18													
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO	Daniela villaqu																								
OBSERVACIONES DE VERIFICACIÓN																									
ACCION DE MEJORA																									

Daniela Villaquiva G.
Nombre
Cedula
1010224430

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 DE ICBF Y LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

PROGRAMA DESECHOS SÓLIDOS

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:		LUGAR:		MES:	

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 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	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
COCINA												NA															Tener en cuenta: Estado de las canecas (limpias, con tapas, con su respectiva bolsa)Ubicación del contenedor Ubicación de los contenedores Para los espacios en donde aplique (COCINA, sanitario de los empleados, limpieza, cortinados, señalización, correcta disposición, entre otros.
BAÑOS												NA															
SALON												NA															
COMEDOR												NA															
AREA ADMINISTRATIVA												NA															
CUARTO DE RESIDUOS												NA															
EXTERIORES																											
(INCLUIR OTROS ESPACIOS)																											
(INCLUIR OTROS ESPACIOS)																											

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												C															
KILOS DE RESIDUOS ORDINARIOS												N/A															
KILOS DE RESIDUOS PLASTICOS												C															
KILOS DE RESIDUOS PAPEL Y CARTON												C															
KILOS DE CEITE DE COCINA USADO (FRASCOS)												NA															
KILOS DE RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES												NA															
TOTAL RESIDUOS DIA																											

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	0,2 kg		Disposicion final buerda
RESIDUOS ORDINARIOS	0		
RESIDUOS PLASTICOS	0,8 kg		Disposicion final municipio soacha
RESIDUOS PAPEL Y CARTON	0		
CEITE DE COCINA USADO (FRASCOS)			
RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES			

Daniela Villaquira
Nombre
Cedula 1010246430

Powered by CamScanner

FORMATO CONTROL FISICO DE PLAGAS Y VECTORES

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:		LUGAR:		FECHA:	

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	X				X		X		X				X				X	Ninguno		
BAÑO	X		X		X		X		X		X		X				X	Ninguno		
SALA COMEDOR	N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A				N/A	N/A		
SALONES	X		X		X		X		X		X		X				X	Ninguno		
AREA ADMINISTRATIVA	N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A				N/A	N/A		
EXTERIORES	X		X		X		X		X		X		X				X	Ninguno		
CUARTO ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS	N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A				N/A	N/A		
(Incluir demás áreas)																				
(Incluir demás áreas)																				
RESPÓNSABLE DE VERIFICACIÓN																				

Daniela Villaquiran G.
Nombre
Cedula

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 ABASTECIMIENTO O SUMINISTRO DE AGUA POTABLE					
NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:		**LUGAR:**		**MES:**	

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

RESPORTES MANTENIMIENTO, LAVADO Y DESINFECCIÓN			
ELEMENTO	**FECHA**	**DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD**	**OBSERVACIONES**
Redes hidrosanitarias	— O —	— O — O —	
Tanques elevados	— O —	— O — O —	
Tanques subterráneos	— O —	— O — O	
Purificadores y/o filtros de agua	— O —	— O — O —	
(incluir otros)			

Firma
Daniela Villaquiran Y
Nombre
Cedula 1010024430

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