REGISTRO PROGRAMA ABASTECIMIENTO O SUMINISTRO DE AGUA POTABLE					
NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	Grupo Libertad.	LUGAR:	Hcib los pitufos	MES:	Mayo

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	C	C	C					
OLOR		C	C	C	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	C	C	C					
PRESENCIA DE MATERIA EXTRAÑA		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO					
CLORO RESIDUAL INDIQUE RESULTADO	DATO	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2					
	CUMPLE O NO CUMPLE	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C					

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)			

Firma
Nombre Daniela Popayan
Cedula 1082061121

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:	Grupo Libertad	LUGAR:	IICB los pinos	MES:	Mayo.

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	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C						
SUPERFICIES-MESONES	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C						
EQUIPOS DE COCINA	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C						
BAÑO	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C						
MESAS, SILLAS Y ESTANTERIAS	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C						
LAVAMANOS Y ACCESORIOS	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C						
SANITARIO	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C						
TRAMPA DE GRASAS Y DEMAS SISTEMAS DE TRATAMIENTODE AGUA	NA	NA	NA	NA	NA																					
LAVAPLATOS	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C						
MENAJE	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C						
CANECA ALMACENAMIENTO DE AGUA	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C						
FRUTAS, VERDURAS, HUEVOS	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C						
ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL (si aplica)	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C						
CANECAS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C						
ELEMENTOS DE ASEO TRAPERO, ESCOBAS, CEPILLO, RECOGEDOR Y LIMPIONES)	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C						
COLCHONETAS	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C						
JUGUETES	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C						
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO	Daniela popayan					Daniela popayan					Daniela payan					Daniela popayan										
OBSERVACIONES DE VERIFICACIÓN																										
ACCION DE MEJORA																										

Daniela Popayan
Nombre
Cedula 1080 2611 21

Powered by CamScanner

PROGRAMA DESECHOS SÓLIDOS

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA		LUGAR		MES	

VERIFICACIÓN

ASPECTO A EVALUAR	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
RUT	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C					
EPP	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C					
CM	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C					
RESPEL	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C					
5. ALMACENAMIENTO																									
6. PTO DE RESIDUOS																									
ESPACIOS	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C					

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Tener en cuenta
Estado de las canecas (Limpias, con tapas, sin los contenidos mezclados) Ubicación adecuada de canecas Ubicación de los contenedores
Puntos ecológicos de almacenamiento

verificar la organización, limpieza, señalización, almacenamiento de materiales, estructuras

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	
K. DE RESIDUOS ANIMALES	1K	1K	1K	1K	1K	1K	1K	1K	1K	1K	1K	1K	1K	1K	1K	1K	1K	1K	1K	1K						23
K. DE RESIDUOS ORDINARIOS				2K					3K			.		3K					.	3K						11
K. DE RESIDUOS ORGANICOS				1K					1K					1K						1K						3
K. DE RESIDUOS PAPEL Y CARTON				1K					2K					2K						2K						5
K. DE CARTE DE UN USADO (PLASTICOS)				1K					1K					1K						1K						4
K. DE RESIDUOS ESPECIALES Y ESPECIALES				0					0					0						0						0
K. RESIDUOS DE																										

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
IDUOS ORGANICOS	23	Mayo	Recoleccion
IDUOS ORDINARIOS	11	Mayo	Recoleccion
IDUOS PLASTICOS	3	Mayo	Recoleccion
IDUOS PAPEL Y CARTON	3	Mayo	Recoleccion.
TE DE COCINA USADO ACEITE)	4		
IDUOS PELIGROSOS Y CIALES	0		

Nombre
Cedula

Powered by CamScanner

FORMATO CONTROL FISICO DE PLAGAS Y VECTORES

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	Grupo Libertad.	LUGAR:	HCB los pinos.	FECHA:	Mayo.

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	SI		SI		SI		SI		SI		SI		SI				X			
BAÑO	SI		SI		SI		SI		SI		SI		SI				X			
SALA COMEDOR	SI		SI		SI		SI		SI		SI		SI				X			
PASILLONES	SI		SI		SI		SI		SI		SI		SI				X			
AREA ADMINISTRATIVA																				
EXTERIORES																				
CUARTO ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS	SI		SI		SI		SI		SI		SI		SI				X			
(incluir demás áreas)																				
(incluir demás áreas)																				
RESPÓNSABLE DE VERIFICACIÓN																				

Daniela fernanda popayan.
Nombre
Cedula 1080261121

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

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