BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO PROGRAMA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	Fundacion Grupo Libertad	LUGAR:	HCB MIS Picardias	MES:	JUNIO.

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

Hildred Martinez (Firma)

Nombre

FORMATO CONTROL FISICO DE PLAGAS Y VECTORES

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	Fundación Grupo Libertad	LUGAR:	HCB MIS PICARDIAS.	FECHA:	14 - JUNIO - 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	X		X		X		X						X				X			
BAÑO	X		X		X		X						X				X			
SALA COMEDOR	X		X		X												X			
SALONES	X		X		X		X						X				X			
AREA ADMINISTRATIVA	X		X		X								X		X	Sarcodo			14-06-2025	Se fumigo con
EXTERIORES	X		X		X										X	MOSCAS			14-06-2025	Cipermetrina.
CUARTO ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS	X		X		X												X			
(Incluir demás áreas)																				
(Incluir demás áreas)																				
RESPÓNSABLE DE VERIFICACIÓN																				

Hildred T. Martinez
Firma representante legal
Nombre
Cedula 36 306 327

PROGRAMA DESECHOS SÓLIDOS

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	Fundación Grupo Libertad.	LUGAR:	ICB Las Piraulias	MES:	JUNIO

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											Tener en cuenta: Estado de las canecas (Limpios, con tapas, con su respectiva bolsa)/Capacidad adecuada del contenedor Ubicación de los contenedores. Para los espacios de almacenamiento verificar la organización, limpieza, ventilación, señalización, control de vectores, entre otros.
BAÑOS	C				C	C	C	C	C	C	C	C			C											
SALÓN	C				C	C	C	C	C	C	C	C			C											
CORREDOR	C				C	C	C	C	C	C	C	C			C											
ÁREA ADMINISTRATIVA	C				C	C	C	C	C	C	C	C			C											
CUARTO DE RESIDUOS	C				C	C	C	C	C	C	C	C			C											
EXTERIORES	C				C	C	C	C	C	C																
(INCLUIR OTRO ESPACIO)																										
(INCLUIR OTRO ASPECTO)																										

TIPO DE RESIDUO	PESO DE RESIDUOS SOLIDOS GENERADOS (Kg)																				TOTAL MES
	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	
KILOS DE RESIDUOS ORGANICOS																					
KILOS DE RESIDUOS ORDINARIOS																					
KILOS DE RESIDUOS PLASTICOS																					
KILOS DE RESIDUOS PAPEL Y CARTON																					
KILOS DE CERTE DE COCINA USADO(FRASCOS)																					
KILOS DE RESIDUOS PELIGROSOS Y/ESPECIALES																					
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			
RESIDUOS ORDINARIOS			
RESIDUOS PLASTICOS			
RESIDUOS PAPEL Y CARTON			
CERTE DE COCINA USADO (FRASCOS)			
RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES			

Nombre: Mildred T. Martinez.
Cedula

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

Cualquier copia impresa de este documento no controlada sera COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PERSONALES RECOLECTADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

REGISTRO PROGRAMA ABASTECIMIENTO O SUMINISTRO DE AGUA POTABLE

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	Fundación Grupo Libertad.	LUGAR:	HCB MI3 Picardías	MES:	JUNIO

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 - UPCCloro
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										
OLOR			C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C			C										
COLOR			C	C	C	C	C	NC	C	C	C	C	C			C										
PRESENCIA DE MATERIA EXTRAÑA																										
CLORO RESIDUAL INDIQUE RESULTADO	DATO																									
	CUMPLE O NO CUMPLE																									

REPORTES MANTENIMIENTO, LAVADO Y DESINFECCIÓN

ELEMENTO	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
Redes hidrosanitarias			
Tanques elevados			
Tanques subterráneos	6-13-20	lavado Alberca.	Todos los Viernes.
Purificadores y/o filtros de agua			
(indicar otros)			

Hildred T. Martinez
Nombre
Cedula