FORMATO CONTROL FISICO DE PLAGAS Y VECTORES

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	Grupo libertad	LUGAR:	HCB los Patios	FECHA:	Junio.

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	OBSERVACION
	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	✓									✓	✓						✓			
BAÑO	✓		✓								✓						✓			
SALA COMEDOR	✓										✓		✓				✓			
SALONES	✓										✓		✓				✓			
AREA ADMINISTRATIVA	✓		✓								✓						✓			
EXTERIORES					✓		✓	✓									✓			
CUARTO ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS																				
(Incluir demás áreas)																				
(Incluir demás áreas)																				
RESPÓNSABLE DE VERIFICACIÓN	Daniela Falla.																			

(Firma representante legal)

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 PERSONALES SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DECRETO 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

PROGRAMA DESECHOS SÓLIDOS

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	Grupo Libertad	LUGAR:	HCB las Peticas	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	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						Tener en cuenta: Estado de las canecas: Limpios, con tapas con su respectiva bolsa/Capacidad adecuada de contenedor Ubicación de los contenedores Para los espacios de almacenamiento verificar la organización, limpieza, ventilación, señalización, control de vectores, entre otros.
BAÑOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
SALON	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
COMEDOR	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
AREA ADMINISTRATIVA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
CUARTO DE RESIDUOS	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
EXTERIORES	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
(INCLUIR OTROS ESPACIOS)																										
(INCLUIR OTROS ESPACIOS)																										

PESO DE RESIDUOS SOLIDOS GENERADOS (Kg)																										TOTAL MES
TIPO DE RESIDUO	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 CEITE DE COCINA USADO (FRASCOS)																										
KILOS DE RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES																										
TOTAL RESIDUOS DÍA																										

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			
CEITE DE COCINA USADO (FRASCOS)			
RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES			

(Firma)

Nombre

Cédula

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

Powered by CamScanner

REGISTRO PROGRAMA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	Grupo libated.	LUGAR:	HCD las peticas	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					
SUPERFICIES-MESONES	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
EQUIPOS DE COCINA					X					X					X					X					
BAÑO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
MESAS, SILLAS Y ESTANTERIAS					X					X					X					X					
LAVAMANOS Y ACCESORIOS					X					X					X					X					
SANITARIO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
TRAMPA DE GRASAS Y DEMAS SISTEMAS DE TRATAMIENTODE AGUA																									
LAVAPLATOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
MENAJE					X					X					X					X					
CANECA ALMACENAMIENTO DE AGUA																									
FRUTAS, VERDURAS, HUEVOS					X					X					X					X					
ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL (si aplica)					X					X					X					X					
CANECAS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS					X					X					X					X					
ELEMENTOS DE ASEO (TRAPERO, ESCOBAS, CEPILLO, RECOGEDOR Y LIMPIONES)					X					X					X					X					
COLCHONETAS					X					X					X					X					
JUGUETES					X					X					X					X					
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO	Daniela Falla					Daniela Falla					Daniela Falla					Daniela Falla									
OBSERVACIONES DE VERIFICACIÓN	D																								
ACCION DE MEJORA																									

(Firma)

Nombre
Cedula

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

Powered by CamScanner

REGISTRO PROGRAMA ABASTECIMIENTO O SUMINISTRO DE AGUA POTABLE					
NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	Grupo Libertad.	LUGAR:	HCB las Peticas.	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 - 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																										
OLOR																										
COLOR																										
PRESENCIA DE MATERIA EXTRAÑA																										
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		No tengo.	
Tanques subterráneos			
Purificadores y/o filtros de agua			
(incluir otros)			

(Firma)

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 SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner