REGISTRO PROGRAMA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA	LUGAR:	CDI MANOS AMIGAS 2	MES:	ABRIL

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		07	02				08	09									22	23				28	29		
SUPERFICIES-MESONES		07	02				08	09									22	23				28	29		
EQUIPOS DE COCINA																									
BAÑO		07	02				08	09									22	23				28	29		
MESAS, SILLAS Y ESTANTERIAS		07	02				08	09									22	23				28	29		
LAVAMANOS Y ACCESORIOS		07	02				08	09									22	23				28	29		
SANITARIO		07	02				08	09									22	23				28	29		
TRAMPA DE GRASAS Y DEMAS SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUA																									
LAVAPLATOS																									
MENAJE																									
CANECA ALMACENAMIENTO DE AGUA																									
FRUTAS, VERDURAS, HUEVOS		07	02				08	09									22	23				28	29		
ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL (si aplica)		07	02				08	09									22	23				28	29		
CANECAS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS		07	02				08	09									22	23				28	29		
ELEMENTOS DE ASEO (TRAPERO, ESCOBAS, CEPILLO, RECOGEDOR Y LIMPIONES)		07	02				08	09									22	23				28	29		
(Incluir demas elementos)																									
(Incluir demas elementos)																									
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO	Mayra Rivera					Mayra Rivera										Mayra Rivera					Mayra Rivera				
OBSERVACIONES DE VERIFICACIÓN																									
ACCION DE MEJORA																									

Mayra Yadira Rivera
Nombre
Cedula 1.081398149

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

FORMATO CONTROL FISICO DE PLAGAS Y VECTORES																					
NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	UELLAS DE AMOR PARA TU VID				LUGAR:		CDI MANOS AMIGAS 2						FECHA:		ABRIL						
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																				
BAÑO	C		C		C		C		C		C		C				NO			
SALA COMEDOR																				
SALONES	C		C		C		C		C		C		C				NO			
AREA ADMINISTRATIVA																				
EXTERIORES	C		C		C		C		C		C		C				NO			
CUARTO ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS																				
(Incluir demás áreas)																				
(Incluir demás áreas)																				
RESPÓNSABLE DE VERIFICACIÓN																				

Firma responsable local

Nombre Mariyessika Publaico

Cedula 1.081.398.149

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

PROGRAMA DESECHOS SÓLIDOS

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA	LUGAR:	CDI MANOS AMIGAS 2	MES:	ABRIL

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																										
BAÑOS		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, señalizado, control de vectores entre otros.
SALON		C	C				C	C									C	C			C	C				
COMEDOR																										
AREA ADMINISTRATIVA																										
CUARTO DE RESIDUOS																										
EXTERIORES		C	C				C	C									C	C			C	C				
(INCLUIR OTROS ESPACIOS)																										
(INCLUIR OTROS ESPACIOS)																										

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		1L	1L				1L	1L									1L	1L			1L	1L				4 kg
KILOS DE RESIDUOS ORDINARIOS																										
KILOS DE RESIDUOS PLASTICOS		1L	1L				1L	1L									1L	1L			1L	1L				4 kg
KILOS DE RESIDUOS PAPEL Y CARTON		1L	1L				1L	1L									1L	1L			1L	1L				4 kg
KILOS DE CEITE DE COCINA USADO (FRASCOS)																										
KILOS DE RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES																										
TOTAL RESIDUOS DÍA	0	3L	3L	0	0	0	3L	3L	0	0	0	0	0	0	0	0	3L	3L	0	0	3L	3L	0	0	0	12 kg

Powered by CamScanner

REGISTRO PROGRAMA ABASTECIMIENTO O SUMINISTRO DE AGUA POTABLE					
NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA	**LUGAR:**	**CDI MANOS AMIGAS 2**	**MES:**	**ABRIL**

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

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



Powered by CamScanner



Powered by CamScanner



Powered by CamScanner