REGISTRO PROGRAMA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA	LUGAR:	CDI MANOS AMIGAS 2	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							06	07				13	14				20	21				27	28		
SUPERFICIES-MESONES							06	07				13	14				20	21				27	28		
EQUIPOS DE COCINA																									
BAÑO							06	07				13	14				20	21				27	28		
MESAS, SILLAS Y ESTANTERIAS							06	07				13	14				20	21				27	28		
LAVAMANOS Y ACCESORIOS							06	07				13	14				20	21				27	28		
SANITARIO							06	07				13	14				20	21				27	28		
TRAMPA DE GRASAS Y DEMAS SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUA																									
LAVAPLATOS																									
MENAJE																									
CANECA ALMACENAMIENTO DE AGUA																									
FRUTAS, VERDURAS, HUEVOS							06	07				13	14				20	21				27	28		
ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL (si aplica)							06	07				13	14				20	21				27	28		
CANECAS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS							06	07				13	14				20	21				27	28		
ELEMENTOS DE ASEO (TRAPERO, ESCOBAS, CEPILLO, RECOGEDOR Y LIMPIONES)							06	07				13	14				20	21				27	28		
(Incluir demás elementos)																									
(Incluir demás elementos)																									
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO	1					Maria Pupiales					Maria Pupiales					Maria Pupiales					Maria Pupiales				
OBSERVACIONES DE VERIFICACIÓN																									
ACCION DE MEJORA																									

Maria Yaneth Pupiales
Nombre
Cedula
1.087398147

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:	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		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 Representante Legal

Nombre: Maria Yasira Pupiales

Cedula: 1.091.378.149

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 SERAN 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:	MAYO

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					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		
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)																									

CRITERIOS DE EVALUACION

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.

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							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	0	0	0	0	0	3L	3L	0	0	0	3L	3L	0	0	0	3L	3L	0	0	0	3L	3L	0	0	12 kg.

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

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:	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		
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