

REGISTRO PROGRAMA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN																									
NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA					LUGAR:	CDI MANOS AMIGAS 2					MES:	NOVIEMBRE												
Instrucciones: Diligenciar en el espacio en blanco la fecha en la cual se realizó la actividad de limpieza y desinfección.																									
ESPACIO/ELEMENTO/EQUIPO	REGISTRO																								
	1ª Semana					2ª Semana					3ª Semana					4ª Semana					5ª 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		04	05			11	12																		
SUPERFICIES-MESONES		04	05			11	12																		
EQUIPOS DE COCINA																									
BAÑO		04	05			11	12																		
MESAS, SILLAS Y ESTANTERIAS		04	05			11	12																		
LAVAMANOS Y ACCESORIOS		04	05			11	12																		
SANITARIO		04	05			11	12																		
TRAMPA DE GRASAS Y DEMAS SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUA																									
LAVAPLATOS																									
MENAJE																									
CANECA ALMACENAMIENTO DE AGUA																									
FRUTAS, VERDURAS, HUEVOS																									
ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL (si aplica)		04	05			11	12																		
CANECAS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS		04	05			11	12																		
ELEMENTOS DE ASEO (TRAPERO, ESCOBAS, CEPILLO, RECOGEDOR Y LIMPIONES)		04	05			11	12																		
(Incluir demás elementos)																									
(Incluir demás elementos)																									
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO	MORIN PIPINES					MORIN PIPINES																			
OBSERVACIONES DE VERIFICACIÓN																									
ACCION DE MEJORA																									

MORIN 79316 PIPINES
Nombre
1091373147
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 DEBEN TRATARSE DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL REP Y A LA LEY 1521 DE 2012

FORMATO CONTROL FISICO DE PLAGAS Y VECTORES																				
NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	JUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA				LUGAR:	CDI MANOS AMIGAS 2				FECHA:	NOVIEMBRE									
AREAS	Paredes y pisos lisos sin fisuras		Sifones y desagües con rejillas		Toma corrientes y cables sin aberturas		Puertas sin aberturas entre piso y puerta		Tuberías y acometidas sin aberturas		Ventanas y espacios de ventilación con asientos		Puertas y ventanas 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	C		C		C		C		C		C		C			—	20			
BAÑO																				
SALA COMEDOR																				
SALONES	C		C		C		C		C		C		C			—	20			
AREA ADMINISTRATIVA																				
EXTERIORES	C		C		C		C		C		C		C			—	20			
CUARTO ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS																				
(Incluir demás áreas)																				
(Incluir demás áreas)																				
RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN																				

Mariela Rodríguez
Nombre
Cédula 7081-393.149.

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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1381 DE 2012.

PROGRAMA DESECHOS SÓLIDOS																										
NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA										LUGAR:	CDI MANOS AMIGAS 2					MES:	NOVIEMBRE								
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					
	1ª Semana					2ª Semana					3ª Semana					4ª Semana						5ª 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																	
SALON																										
COMEDOR		C	C					C	C																	
AREA ADMINISTRATIVA																										
CUARTO DE RESIDUOS EXTERIORES		C	C					C	C																	
(INCLUIR OTROS ESPACIOS)																										
(INCLUIR OTROS ESPACIOS)																										

PESO DE RESIDUOS SOLIDOS GENERADOS (Kg)																				TOTAL MES						
TIPO DE RESIDUO	1ª Semana					2ª Semana					3ª Semana					4ª Semana					5ª 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																		2 kg
KILOS DE RESIDUOS ORDINARIOS																										
KILOS DE RESIDUOS PLASTICOS		1L	1L				1L	1L																		2 kg
KILOS DE RESIDUOS PAPEL Y CARTON		1L	1L				1L	1L																		2 kg
KILOS DE CEITE DE COCINA USADO (FRASCOS)																										
KILOS DE RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES																										
TOTAL RESIDUOS DIA		3L	3L				3L	3L																		6 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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICDF Y A LA LEY 1581 DE 2012

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:		NOVIEMBRE										
<p>Indicaciones de diligenciamiento: Identificar si cumple o no cumplen los siguientes parámetros en el agua de consumo:</p> <p>Sabor: Aceptable</p> <p>Olor: Aceptable</p> <p>Color: < 15 Unidades de platino cobalto - UPC</p> <p>Cloro residual libre: 0.3 - 2.0 mg/litros</p> <p>Metodología de diligenciamiento: C: Cumple NC: No cumple</p>																										
ASPECTO A EVALUAR		VERIFICACIÓN CALIDAD DEL AGUA																								
		1ª Semana					2ª Semana					3ª Semana					4ª Semana					5ª 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																	
OLOR			C	C				C	C																	
COLOR			C	C				C	C																	
PRESENCIA DE MATERIA EXTRAÑA			NA	NA				NA	NA																	
CLORO RESIDUAL INDIQUE RESULTADO	DATO																									
	CUMPLE O NO CUMPLE		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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012