ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS	Código: FOR-PSS-068 Versión: 1 Fecha: Memo Int 33907 – 15/06/2018 Página: 1 de 9

1. NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: Centro Comunidad de Cuidado Hogar Casa Santa María

MES: NOVIEMBRE **AÑO:** 2025

2. Nombre del responsable del diligenciamiento: Karen Lorena Sandoval Rincón.

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 04 al 09							3. Semana Dos del 10 al 16							3. Semana Tres del 17 al 23							3. Semana Cuatro del 24 al 30							3. Semana Cinco del al						
	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
HABITACIONES 1-2-3 / AREAS COMUNES – PRIMERA PLANTA																																		
Pisos		1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1				1	1	1	1	1								
Paredes		NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA			NA	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA	NA								
Techo		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA								
Ventanas		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	1	NA	NA				NA	NA	1	NA	NO								
Puertas		NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	1	NA				NA	NA	NA	1	NA								
Camas		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	NA	1								
Colchón		NA	NA	NA	NA			NA	NA	NA	NA	NA			NA	NA	NA	NO				NA	NA	NA	NA	NA								
Tendidos y Sábanas		NA	NA	NA	NA			NA	NA	NA	NA	NA			NA	NA	NA	NA				NA	NA	NA	NA	NA								
Lámparas/Bombillos		NA	NA	NA	NA			NA	NA	NA	NA	NA			NA	NA	NA	NA				NA	NA	NA	NA	NA								
Muebles		1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1				1	1	1	1	1								
Punto Ecológico		NA	1	NA	1			NA	NA	1	NA	1			NA	1	NA	1				1	NA	1	NA	1								
BAÑOS PRIMERA PLANTA																																		
Pisos		1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1				1	1	1	1	1								
Paredes		NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			NA	1	NA	1				1	NA	1	NA	1								

La calificación de la verificación es: 1 = ACEPTABLE, 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 04 al 09							3. Semana Dos del 10 al 16							3. Semana Tres del 17 al 23							3. Semana Cuatro del 24 al 30							3. Semana Cinco del al						
	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
Techo		NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA				NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA									
Ventanas		1	1	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	1	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA									
Lavamanos		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1									
Sanitarios/Inodoro		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1									
Papelera		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1									
Lámpara/Bombillo		NA	NA	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	NA	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA									
Puertas		NA	NA	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	NA	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA									
HABITACIONES – AREAS COMUNES																																			
Pisos		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1									
Paredes		NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA				NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA									
Techo		1	1	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	1	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA									
Ventanas		NA	NA	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	NA	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA									
Puertas		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	NA	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA									
Camas		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	NA	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA									
Colchón		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	NA	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA									
Tendidos y Sábanas		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	NA	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA									
Lámparas/Bombillos		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	NA	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA									
Sillas y Mesas		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1									
Punto Ecológico		NA	NA	NA	1			NA	NA	1	NA	1				NA	NA	NA	1			1	NA	1	NA	1									
BAÑO SEGUNDO PISO																																			

La calificación de la verificación es: 1 = ACEPTABLE, 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS	Código: FOR-PSS-068 Versión: 1 Fecha: Memo Int 33907 – 15/06/2018 Página: 3 de 9

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 04 al 09							3. Semana Dos del 10 al 16							3. Semana Tres del 17 al 23							3. Semana Cuatro del 24 al 30							3. Semana Cinco del al						
	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
Pisos		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1									
Paredes		NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA				NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA									
Techo		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA									
Ventanas		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA									
Lavamanos		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1									
Sanitarios/Inodoro		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1									
Papelera		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1									
Puertas		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA									
OFICINA TERCER PISO / AREAS DE ARCHIVO / COORDINACIÓN / OFICINA PROFESIONALES																																			
Pisos		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1									
Paredes		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA									
Techo		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA									
Ventanas		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA									
Lámparas/Bombillos		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA									
Archivadores		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA									
Muebles		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1									
Puertas		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA									
Baños		1	NA	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1									

La calificación de la verificación es: 1 = ACEPTABLE, 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS	Código: FOR-PSS-068 Versión: 1 Fecha: Memo Int 33907 – 15/06/2018 Página 4 de 9

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 04 al 09							3. Semana Dos del 10 al 16							3. Semana Tres del 17 al 23							3. Semana Cuatro del 24 al 30							3. Semana Cinco del al						
	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
AREA DE ENFERMERÍA																																			
Pisos		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1									
Paredes		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA									
Techo		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA									
Puertas		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA									
Camilla		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA									
Vitrinas		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA									
Botiquín		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA									
Escritorios		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1									
Baño		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1									
TALLER DE MANUALIDADES																																			
Pisos		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1									
Paredes		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA									
Techo		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA									
Ventanas		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA									
Sillas		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1									
Mesas		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1									
ZONA DE LOCKERS																																			
Pisos		1	NA	1	1			1	1	NA	NA	1				1	NA	1	1			1	1	NA	1	1									
Paredes		NA	1	NA	1			1	NA	1	1	1				NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1									

La calificación de la verificación es: 1 = ACEPTABLE, 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES

FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS

Código: FOR-PSS-068
Versión: 1
Fecha: Memo Int 33907 – 15/06/2018
Página 5 de 9

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 04 al 09							3. Semana Dos del 10 al 16							3. Semana Tres del 17 al 23							3. Semana Cuatro del 24 al 30							3. Semana Cinco del al						
	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
Techo		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA									
Lockers		NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA				NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA									
PATIO																																			
Pisos		1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1				1	1	1	1	1									
Paredes		NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	1	NA				NA	NA	NA	1	NA									
Techo		NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA			NA	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA	NA									
Puertas		NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	1	NA				NA	NA	NA	1	NA									
Ventanas		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA									
Sillas		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	1	NA	NA				NA	NA	1	NA	NA									
Canaleta de drenaje		NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	1	NA				NA	NA	NA	1	NA									
COMEDOR																																			
Pisos		1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1				1	1	1	1	1									
Paredes		NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	1	NA				NA	NA	NA	1	NA									
Techo		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA									
Puerta		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	1	NA	NA				NA	NA	NA	NA	NA									
Canecas		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	1	NA	NA				NA	NA	NA	NA	NA									
Ventanas		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	1	NA	NA				NA	NA	NA	NA	NA									
Muebles		1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1				1	1	1	1	1									
Mesas		1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1				1	1	1	1	1									
Sillas		1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1				1	1	1	1	1									
Mesón		1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1				1	1	1	1	1									

La calificación de la verificación es: 1 = ACEPTABLE, 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 04 al 09							3. Semana Dos del 10 al 16							3. Semana Tres del 17 al 23							3. Semana Cuatro del 24 al 30							3. Semana Cinco del al						
	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
Estufa		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1									
Peto		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA									
Menaje		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1									
Horno		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA									
Mesón de Servicio		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1									
LAVANDERIA																																			
Pisos		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1									
Paredes		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA									
Techo		NA	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA									
Puertas		NA	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA									
Ventanas		NA	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA									
Estibas Plásticas		NA	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA									
Contenedores Plásticos		NA	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA									
Dura kart		NA	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA									
Lavadora		NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA				NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA									
Secadora		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1									
Baño		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1									
CARTO ALMACENAMIENTO TEMPORAL DE RESIDUOS ORDINARIOS																																			

La calificación de la verificación es: 1 = ACEPTABLE, 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 04 al 09							3. Semana Dos del 10 al 16							3. Semana Tres del 17 al 23							3. Semana Cuatro del 24 al 30							3. Semana Cinco del ___ al ___						
	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
Piso		NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1				NA	1	NA	1				1	NA	1	NA	1								
Paredes		NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1				NA	1	NA	1				1	NA	1	NA	1								
Techo		NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1				NA	1	NA	1				1	NA	1	NA	1								
Puerta		NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1				NA	1	NA	1				1	NA	1	NA	1								
Lámparas/Bombillos		NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1				NA	1	NA	1				1	NA	1	NA	1								
Canecas		NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1				NA	1	NA	1				1	NA	1	NA	1								
CARTO ALMACENAMIENTO TEMPORAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS																																			
Piso		NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1				NA	1	NA	1				1	NA	1	NA	1								
Paredes		NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1				NA	1	NA	1				1	NA	1	NA	1								
Techo		NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1				NA	1	NA	1				1	NA	1	NA	1								
Puerta		NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1				NA	1	NA	1				1	NA	1	NA	1								
Lámparas/Bombillos		NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1				NA	1	NA	1				1	NA	1	NA	1								
Canecas		NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1				NA	1	NA	1				1	NA	1	NA	1								
GIMNASIO																																			
Máquinas y Equipos		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	NA	1								
Piso		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	NA	1								
Paredes		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	NA	1								
Techo		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	NA	1								

La calificación de la verificación es: 1 = ACEPTABLE, 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 04 al 09							3. Semana Dos del 10 al 16							3. Semana Tres del 17 al 23							3. Semana Cuatro del 24 al 30							3. Semana Cinco del al						
	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
Espejo		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1									
Lámparas/Bombillos		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1									
Baño		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1									
Oficina		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1									
Camillas		1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1									
Colchonetas		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1									
Balones		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1									
SALA SENSORIAL																																			
Piso		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1									
Paredes		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1									
Techo		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1									
Lámparas/Bombillos		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1									
Puerta		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1									
Equipos		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1									

La calificación de la verificación es: 1 = ACEPTABLE, 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

5. OBSERVACIONES	6. ACCIONES CORRECTIVAS (TIEMPO PROPUESTO)	7. RESPONSABLE(S)