REGISTRO PROGRAMA ABASTECIMIENTO O SUMINISTRO DE AGUA POTABLE

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	funded	LUGAR:	chivilongui 1	MES:	marzo

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

Metodologia 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						
OLOR													C	C	C			C	C	C						
COLOR													C	C	C			C	C	C						
PRESENCIA DE MATERIA EXTRAÑA													N/A	N/A	N/A			N/A	N/A	N/A						
CLORO RESIDUAL INDIQUE RESULTADO	DATO																									
	CUMPLE O NO CUMPLE																									

Ro Jaime Arroyo Salud
Alcalde Salud y nutrición

Powered by CamScanner

FORMATO CONTROL FISICO DE PLAGAS Y VECTORES

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	FUNDED	LUGAR:	Chivilongui 1	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	C		C		C		C		C		C		C				K			
BAÑO	C		C		C		C		C		C		C				K			
SALA COMEDOR	C		C		C		C		C		C		C				X			
SALONES	C		C		C		C		C		C		C				X			
AREA ADMINISTRATIVA	N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A				N/A			
EXTERIORES	N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A				N/A			
CUARTO ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS	N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A				N/A			
(Incluir demás áreas)																				
(Incluir demás áreas)																				
RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN																				

Roxana Andrea Sabulo
Nombre
Cedula 1.151.186.778

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

Powered by CamScanner

REGISTRO PROGRAMA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	FUNDEO	LUGAR	Chivilongui 1	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													C	C	C		C	C	C						
SUPERFICIES-MESONES													C	C	C		C	C	C						
EQUIPOS DE COCINA													C	C	C		C	C	C						
BAÑO													C	C	C		C	C	C						
MESAS, SILLAS Y ESTANTERIAS													C	C	C		C	C	C						
LAVAMANOS Y ACCESORIOS													N/A	N/A	N/A		NA	N/A	N/A						
SANITARIO													N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A						
TRAMPA DE GRASAS Y DEMAS SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUA													C	C	C		C	C	C						
LAVAPLATOS													C	C	C		C	C	C						
MENAJE													C	C	C		C	C	C						
CANECA ALMACENAMIENTO DE AGUA													C	C	C		C	C	C						
FRUTAS, VERDURAS, HUEVOS													C	C	C		C	C	C						
ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL (si aplica)													C	C	C		C	C	C						
CANECAS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS													C	C	C		C	C	C						
ELEMENTOS DE ASEO (TRAPERO, ESCOBAS, CEPILLO, RECOGEDOR Y LIMPIONES)													C	C	C		C	C	C						
(incluir demas elementos)																									
(incluir demas elementos)																									
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO																									
OBSERVACIONES DE VERIFICACIÓN																									
ACCION DE MEJORA																									

Roxana Angulo S
(Firma)

Nombre Roxana Angulo Sabogal
Cedula 1.151.186.778

Powered by CamScanner

PROGRAMA DESECHOS SÓLIDOS

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	FUNDED	LUGAR:	Chivilongui 1	MES:	marzo

Indicaciones de diligenciamiento: Identificar de acuerdo con los criterios de evaluacion el cumplimiento de los espacios y elementos destinados para la gestión de los residuos solidos. A continuación se establece la metodología de diligenciamiento: C. Cumple NC: No cumplio

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												C	C	C			C	C	C							Tener en cuenta Estado de los canecos. (Limpios, con tapas con su respectivo bolso)/Capacidad adecuada del contenedor Ubicación de los contenedores Para los espacios de almacenamiento verificar la organizacion, limpieza, ventilación, señalizado, control de vectores, entre otros.
BAÑOS												C	C	C			C	C	C							
SALON												C	C	C			C	C	C							
COMEDOR												C	C	C			C	C	C							
AREA ADMINISTRATIVA												C	C	C			C	C	C							
CUARTO DE RESIDUOS												N/A	N/A	N/A			N/A	N/A	N/A							
EXTERIORES												N/A	N/A	N/A			N/A	N/A	N/A							
(INCLUIR OTROS ESPACIOS)												C	C	C			C	C	C							
(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																										
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 DIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Roxana Angulo

Powered by CamScanner