REGISTRO PROGRAMA ABASTECIMIENTO O SUMINISTRO DE AGUA POTABLE

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	Funded	LUGAR:	Mis Amiguitos	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

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						
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																									

Rio Arauca Subred
Rio Tol Salud + nutrición

Powered by CamScanner

FORMATO CONTROL FISICO DE PLAGAS Y VECTORES

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	FUNDED	LUGAR:	mis Amiguitos	FECHA:	Marzo

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		Tuberías 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				X			
BAÑO	C		C		C		C		C		C		C				X			
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)																				
RESPÓNSABLE DE VERIFICACIÓN																				

Roxana Andrea Sabuda
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:	MIS Amiguitos	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		N/A	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:	mis Amiguitos	MES:	Marzo

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	CRITERIOS DE EVALUACION
COCINA											C	C	C			C	C	C								Tener en cuenta: Estado de los canecos, (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, señalizacion, 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 DÍA	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 Salado

Powered by CamScanner