REGISTRO PROGRAMA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	Fundeed.	LUGAR:	11 de Noviembre	MES:	Marzo

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	C	C					
SUPERFICIES-MESONES													C	C	C		C	C	C	C	C					
EQUIPOS DE COCINA													C	C	C		C	C	C	C	C					
BAÑO													C	C	C		C	C	C	C	C					
MESAS, SILLAS Y ESTANTERIAS													C	C	C		C	C	C	C	C					
LAVAMANOS Y ACCESORIOS													NA	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA					
SANITARIO													C	C	C		C	C	C	C	C					
TRAMPA DE GRASAS Y DEMAS SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUA													NA	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA					
LAVAPLATOS													NA	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA					
MENAJE													C	C	C		C	C	C	C	C					
CANECA ALMACENAMIENTO DE AGUA													C	C	C		C	C	C	C	C					
FRUTAS, VERDURAS, HUEVOS													C	C	C		C	C	C	C	C					
ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL (si aplica)													C	C	C		C	C	C	C	C					
CANECAS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS													C	C	C		C	C	C	C	C					
ELEMENTOS DE ASEO (TRAPERO, ESCOBAS, CEPILLO, RECOGEDOR Y LIMPIONES)													C	C	C		C	C	C	C	C					
(Incluir demás elementos)																										
(Incluir demás elementos)																										
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO													Janeth cubides				Janeth cubides									
OBSERVACIONES DE VERIFICACIÓN																										
ACCION DE MEJORA																										

Nombre
Cedula 26911679

Powered by CamScanner

FORMATO CONTROL FISICO DE PLAGAS Y VECTORES

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	funded	LUGAR:	Yenlès pilos	FECHA:	Marzo 2025

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	NA		NA		NA		NA		NA		NA		NA				NA			
EXTERIORES	NA		NA		NA		NA		NA		NA		NA				NA			
CUARTO ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS	NA		NA		NA		NA		NA		NA		NA				NA			
(Incluir demás áreas)																				
(Incluir demás áreas)																				
RESPÓNSABLE DE VERIFICACIÓN																				

(Firma representante legal)

Nombre
Cedula

Powered by CamScanner

PROGRAMA DESECHOS SÓLIDOS

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	fundeb	LUGAR:	once noviembre	MES:	Marzo 2025

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													C	C	C		C	C	C	C	C					
BAÑOS													C	C	C		C	C	C	C	C					
SALON													C	C	C		C	C	C	C	C					
COMEDOR													C	C	C		C	C	C	C	C					
AREA ADMINISTRATIVA													NA	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA					
CUARTO DE RESIDUOS													NA	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA					
EXTERIORES													NA	NA	NA		NA	NA	NA	NA	NA					
(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																										
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	

PROGRAMA RESIDUOS SOLIDOS

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:		LUGAR:	

TIPO DE RESIDUO	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	MECANISMO DE APROVECHAMIENTO, ELIMINACIÓN Y/O DISPOSICIÓN FINAL
RESIDUOS ORGANICOS			
RESIDUOS ORDINARIOS			
RESIDUOS PLASTICOS			
RESIDUOS PAPEL Y CARTON			
CEITE DE COCINA USADO (FRASCOS)			

Powered by CamScanner

REGISTRO PROGRAMA ABASTECIMIENTO O SUMINISTRO DE AGUA POTABLE

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	Runded	LUGAR:	Once de noviembre	MES:	1/01/2025

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

VERIFICACIÓN CALIDAD DEL AGUA

ASPECTO A EVALUAR		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																									

RESPORTES MANTENIMIENTO, LAVADO Y DESINFECCIÓN

ELEMENTO	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
Redes hidrosanitarias			
Tanques elevados			
Tanques subterráneos			
Purificadores y/o filtros de agua			
(incluir otros)			

(Firma) _____

Nombre
Cedula 26812679

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