REGISTRO PROGRAMA ABASTECIMIENTO O SUMINISTRO DE AGUA POTABLE

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	funded	LUGAR:	Quebrada del sol 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																									

Rio Dorm Arroyo Subsol
Arroyo Salud y nutrición

Powered by CamScanner

FORMATO CONTROL FISICO DE PLAGAS Y VECTORES

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	FUNDED	LUGAR:	Quebrada del Sol	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		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				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)																				
RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN																				

Roxanna Andrea Sabala
Nombre
Cedula 1.151.186.778

Powered by CamScanner

REGISTRO PROGRAMA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	FUNDEO	LUGAR	Quebrada del Sol	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							
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:	Quebrada del sol 1	MES:	Mar 70

Indicaciones de diligenciamiento: Identificar de acuerdo con los criterios de evaluación el cumplimiento de los espacios y elementos destinados para la gestion de los residuos solidos. A continuacion se establece la metodologia de diligenciamiento: C

ASPECTO A EVALUAR	VERIFICACIÓN																									
	1° Semana					2° Semana					3° Semana					4° Semana					5° Semana					CRITERIOS DE EVALUACION
	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 cerrados (Limpios, con tapas con su respectivo rotulo)/Capacidad adecuada del contenedor Ubicación de los contenedores Para los espacios de almacenamiento verificar la organización, 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)																										

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																										0
KILOS DE RESIDUOS ORDINARIOS																										0
KILOS DE RESIDUOS PLASTICOS																										0
KILOS DE RESIDUOS PAPEL Y CARTON																										0
KILOS DE CEITE DE COCINA USADO (FRASCOS)																										0
KILOS DE RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES																										0
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

Powered by CamScanner