REGISTRO PROGRAMA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	FUNDED	LUGAR:	Acuelo Timaqui Familiar 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			C	C	C			C	C	C						
SUPERFICIES-MESONES		C	C	C			C	C	C			C	C	C			C	C	C						
EQUIPOS DE COCINA		C	C	C			C	C	C			C	C	C			C	C	C						
BAÑO		C	C	C			C	C	C			C	C	C			C	C	C						
MESAS, SILLAS Y ESTANTERIAS		C	C	C			C	C	C			C	C	C			C	C	C						
LAVAMANOS Y ACCESORIOS		C	C	C			C	C	C			C	C	C			C	C	C						
SANITARIO		C	C	C			C	C	C			C	C	C			C	C	C						
TRAMPA DE GRASAS Y DEMAS SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUA																									
LAVAPLATOS																									
MENAJE																									
CANECA ALMACENAMIENTO DE AGUA		C	C	C			C	C	C			C	C	C			C	C	C						
FRUTAS, VERDURAS, HUEVOS		C	C	C			C	C	C			C	C	C			C	C	C						
ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL (si aplica)		C	C	C			C	C	C			C	C	C			C	C	C						
CANECAS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS		C	C	C			C	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	C	C		C	C	C						
(Incluir demás elementos)																					-				
(Incluir demás elementos)																									
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO	Signed					Signed					Signed					Signed									
OBSERVACIONES DE VERIFICACIÓN																									
ACCION DE MEJORA																									

(Firma)
Nombre Ana Picalo
Cedula 1081413202.

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

FORMATO CONTROL FISICO DE PLAGAS Y VECTORES

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	FONDEO	LUGAR:	Aeiato Municipal Familiar 1	FECHA:	Mayo

AREAS	Paredes y pisos libres 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 ventanas 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	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓				X			
BAÑO	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓				X			
SALA COMEDOR	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓				X			
SALONES	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓				X			
AREA ADMINISTRATIVA	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓				X			
EXTERIORES	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓				X			
CUARTO ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓							
(Incluir demás áreas)																				
(Incluir demás áreas)																				
RESPÓNSABLE DE VERIFICACIÓN																				

Firma representante legal

Nombre

Cedula

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

PROGRAMA DESECHOS SÓLIDOS

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	FUNDEO	LUGAR:	Hogar Familiar	MES:	Mayo

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

VERIFICACIÓN

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
COCINA		C	C	C			C	C	C			C	C	C			C	C	C						
BAÑOS		C	C	C			C	C	C			C	C	C			C	C	C						
SALON		C	C	C																					
COMEDOR																									
AREA ADMINISTRATIVA		C	C	C			C	C	C			C	C	C			C	C	C						
CUARTO DE RESIDUOS		C	C	C			C	C	C			C	C	C			C	C	C						
EXTERIORES		C	C	C			C	C	C			C	C	C											
(INCLUIR OTROS ESPACIOS)																									
(INCLUIR OTROS ESPACIOS)																									

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Tener en cuenta
Estado de los cerramos (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, señalización, carnets de vacunas, entre otros.

PESO DE RESIDUOS SOLIDOS GENERADOS (Kg)

TIPO DE RESIDUO	1° Semana					2° Semana					3° Semana					4° Semana					5° Semana					TOTAL MES
	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																										

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)			
RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES			

Yigney Pastrana

Nombre y Cargo

Powered by CamScanner

REGISTRO PROGRAMA ABASTECIMIENTO O SUMINISTRO DE AGUA POTABLE

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	FUNDEO	LUGAR:	Asistafirmayol Familia 1	MES:	Mayo

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			C	C	C			C	C	C						
OLOR			C	C	C			C	C	C			C	C	C			C	C	C						
COLOR			C	C	C			C	C	C			C	C	C			C	C	C						
PRESENCIA DE MATERIA EXTRAÑA																										
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

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