REGISTRO PROGRAMA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	fundeed.	LUGAR:	Montes pilares	MES:	Abril

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		1	2	3			7	8	9								21	22	23	24			29	30		
SUPERFICIES-MESONES		1	2	3			7	8	9								21	22	23	24			29	30		
EQUIPOS DE COCINA		1	2	3			7	8	9								21	22	23	24			29	30		
BAÑO		1	2	3			7	8	9								21	22	23	24			29	30		
MESAS, SILLAS Y ESTANTERIAS		1	2	3			7	8	9								21	22	23	24			29	30		
LAVAMANOS Y ACCESORIOS		1	2	3			7	8	9								21	22	23	24			29	30		
SANITARIO		1	2	3			7	8	9								21	22	23	24			29	30		
TRAMPA DE GRASAS Y DEMAS SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUA		NA	NA	NA			NA	NA	NA								NA	NA	NA	NA			NA	NA		
LAVAPLATOS		1	2	3			7	8	9								21	22	23	24			29	30		
MENAJE		1	2	3			7	8	9								21	22	23	24			29	30		
CANECA ALMACENAMIENTO DE AGUA		1	2	3			7	8	9								21	22	23	24			29	30		
FRUTAS, VERDURAS, HUEVOS		1	2	3			7	8	9								21	22	23	24			29	30		
ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL (si aplica)		1	2	3			7	8	9								21	22	23	24			29	30		
CANECAS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS		1	2	3			7	8	9								21	22	23	24			29	30		
ELEMENTOS DE ASEO (TRAPERO, ESCOBAS, CEPILLO, RECOGEDOR Y LIMPIONES)		1	2	3			7	8	9								21	22	23	24			29	30		
(incluir demás elementos)																										
(incluir demás elementos)																										
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO																										
OBSERVACIONES DE VERIFICACIÓN																										
ACCION DE MEJORA																										

Nombre
Cedula

Powered by CamScanner

FORMATO CONTROL FISICO DE PLAGAS Y VECTORES

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	funded	LUGAR:	Hostel piloto	FECHA:	Abril

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:	fended	LUGAR:	Montes plano	MES:	Abril

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																						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								C	C	C	C		C	C			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.
BAÑOS		C	C	C			C	C	C								C	C	C	C		C	C			
SALON		C	C	C			C	C	C								C	C	C	C		C	C			
COMEDOR		C	C	C			C	C	C								C	C	C	C		C	C			
AREA ADMINISTRATIVA		NA	NA	NA			NA	NA	NA								NA	NA	NA	NA		NA	NA			
CUARTO DE RESIDUOS		NA	NA	NA			NA	NA	NA								NA	NA	NA	NA		NA	NA			
EXTERIORES		NA	NA	NA			NA	NA	NA								NA	NA	NA	NA		NA	NA			
(INCLUIR OTROS ESPACIOS)																										
(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		0,5	0,5	0,5			0,5	0,5	0,5								0,5	0,5	0,5	0,5		0,5	0,5			
KILOS DE RESIDUOS ORDINARIOS		0,5	0,5	0,5			0,5	0,5	0,5								0,5	0,5	0,5	0,5		0,5	0,5			
KILOS DE RESIDUOS PLASTICOS		0,5	0,5	0,5			0,5	0,5	0,5								0,5	0,5	0,5	0,5		0,5	0,5			
KILOS DE RESIDUOS PAPEL Y CARTON		0,5	0,5	0,5			0,5	0,5	0,5								0,5	0,5	0,5	0,5		0,5	0,5			
KILOS DE CEITE DE COCINA USADO (FRASCOS)		NA	NA	NA			NA	NA	NA								NA	NA	NA	NA		NA	NA			
KILOS DE RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES		NA	NA	NA			NA	NA	NA								NA	NA	NA	NA		NA	NA			
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

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	6 K		
RESIDUOS ORDINARIOS	6 K		
RESIDUOS PLASTICOS	6 K		
RESIDUOS PAPEL Y CARTON			
CEITE DE COCINA USADO (FRASCOS)			

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

REGISTRO PROGRAMA ABASTECIMIENTO O SUMINISTRO DE AGUA POTABLE

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	Funded	LUGAR:	Montes Pulos	MES:	Abril

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			NA	NA	NA			NA	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

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