REGISTRO PROGRAMA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	fundeol	LUGAR:	Once noviembre	MES:	Octubre.

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		7	8	9	10		14	15			21	22	23			28	29	30							
SUPERFICIES-MESONES		7	8	9	10		14	15			21	22	23			28	29	30							
EQUIPOS DE COCINA		NA	NA	NA	NA		NA	NA			NA	NA	NA			NA	NA	NA							
BAÑO		7	8	9	10		14	15			21	22	23			28	29	30							
MESAS, SILLAS Y ESTANTERIAS		7	8	9	10		14	15			21	22	23			28	29	30							
LAVAMANOS Y ACCESORIOS		7	8	9	10		14	15			21	22	23			28	29	30							
SANITARIO		7	8	9	10		14	15			21	22	23			28	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		7	8	9	10		14	15			21	22	23			28	29	30							
MENAJE		NA	NA	NA	NA		NA	NA			NA	NA	NA			NA	NA	NA							
CANECA ALMACENAMIENTO DE AGUA		7	8	9	10		14	15			21	22	23			28	29	30							
FRUTAS, VERDURAS, HUEVOS		7	8	9	10		14	15			21	22	23			28	29	30							
ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL (si aplica)		7	8	9	10		14	15			21	22	23			28	29	30							
CANECAS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS		7	8	9	10		14	15			21	22	23			28	29	30							
ELEMENTOS DE ASEO (TRAPERO, ESCOBAS, CEPILLO, RECOGEDOR Y LIMPIONES)		7	8	9	10		14	15			21	22	23			28	29	30							
(Incluir demás elementos)																									
(Incluir demás elementos)																									
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO	Yaneth cabezdes					Yaneth cabezdes					Yaneth Cabezdes					Yaneth cabezdes									
OBSERVACIONES DE VERIFICACIÓN																									
ACCION DE MEJORA																									

Nombre
Cedula

Powered by CamScanner

FORMATO CONTROL FISICO DE PLAGAS Y VECTORES

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	fundeb	LUGAR:	oneedo Nov iem bre	FECHA:	octubre 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:	Fanded.	LUGAR:	oficoda Noviembre	MES:	octubre 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

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	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)																									

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)

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		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 DÍA																										

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

FORMATO REGISTROS PLAN DE SANEAMIENTO

PROGRAMA RESIDUOS SOLIDOS			
NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	Fendeol	LUGAR:	once de noviembre

TIPO DE RESIDUO	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	MECANISMO DE APROVECHAMIENTO, ELIMINACIÓN Y/O DISPOSICIÓN FINAL
RESIDUOS ORGANICOS	6k		
RESIDUOS ORDINARIOS	6k		
RESIDUOS PLASTICOS	6k		
RESIDUOS PAPEL Y CARTON	6k		
CEITE DE COCINA USADO (FRASCOS)	—		
RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES	—		

Nombre
Cedula

Powered by CamScanner

REGISTRO PROGRAMA ABASTECIMIENTO O SUMINISTRO DE AGUA POTABLE

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	FUNDED	LUGAR:	Once de noviembre	MES:	octubre

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				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																									

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