ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS	Código: FOR-PSS-068 Versión: 1 Fecha: Memo Int 33907 – 15/06/2018 Página: 1 de 9

1. NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: Centro Comunidad de Cuidado Hogar Casa Santa María

MES: ENERO **AÑO:** 2026

2. Nombre del responsable del diligenciamiento: Karen Lorena Sandoval Rincón

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 01 al 04							3. Semana Dos del 05 al 11							3. Semana Tres del 12 al 18							3. Semana Cuatro del 19 al 25							3. Semana Cinco Del 26 al 31						
	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
HABITACIONES 1-2-3 / AREAS COMUNES – PRIMERA PLANTA																																		
Pisos					1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		
Paredes					NA			1	NA	NA	NA	NA				NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA		
Techo					NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA		
Ventanas					NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA		
Puertas					NA			NA	NA	NA	1	NA				NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA		
Camas					1			NA	NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1		
Colchón					NA			NA	NA	NA	NA	NA				NA	NA	NA	NA			NA	NA	NA	NA	NA			NA	NA	NA	NA	NA		
Tendidos y Sábanas					NA			NA	NA	NA	NA	NA				NA	NA	NA	NA			NA	NA	NA	NA	NA			NA	NA	NA	NA	NA		
Lámparas/Bombillos					NA			NA	NA	NA	NA	NA				NA	NA	NA	NA			NA	NA	NA	NA	NA			NA	NA	NA	NA	NA		
Muebles					1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		
Punto Ecológico					1			1	NA	1	NA	1				NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1		
BAÑOS PRIMERA PLANTA																																		
Pisos					1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		
Paredes					1			1	NA	1	NA	1				NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1		

La calificación de la verificación es: 1 = ACEPTABLE, 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS	Código: FOR-PSS-068 Versión: 1 Fecha: Memo Int 33907 – 15/06/2018 Página: 2 de 9

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 01 al 04							3. Semana Dos del 05 al 11							3. Semana Tres del 12 al 18							3. Semana Cuatro del 19 al 25							3. Semana Cinco Del 26 al 31						
	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
Techo					NA			1	NA	NA	NA	NA				NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA		
Ventanas					NA			NA	1	NA	NA	NA				1	1	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA		
Lavamanos					1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		
Sanitarios/Inodoro					1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		
Papelera					1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		
Lámpara/Bombillo					NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	NA	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA		
Puertas					NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	NA	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA		
HABITACIONES – AREAS COMUNES																																		
Pisos					1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		
Paredes					NA			1	NA	NA	NA	NA				NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA		
Techo					NA			NA	1	NA	NA	NA				1	1	NA	NA			NA	1	1	NA	NA			NA	1	1	NA	NA		
Ventanas					NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	NA	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA		
Puertas					NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	NA	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA		
Camas					NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	NA	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA		
Colchón					NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	NA	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA		
Tendidos y Sábanas					NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	NA	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA		
Lámparas/Bombillos					NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	NA	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA		
Sillas y Mesas					1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		
Punto Ecológico					1			1		1		1				NA	NA	NA	1			1	NA		NA	1			1	NA	1	NA	1		
BAÑO SEGUNDO PISO																																		

La calificación de la verificación es: 1 = ACEPTABLE, 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS	Código: FOR-PSS-068 Versión: 1 Fecha: Memo Int 33907 – 15/06/2018 Página: 3 de 9

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 01 al 04							3. Semana Dos del 05 al 11							3. Semana Tres del 12 al 18							3. Semana Cuatro del 19 al 25							3. Semana Cinco Del 26 al 31						
	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
Pisos					1			1	1	1	1	1			1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		
Paredes					NA			1	NA	NA	NA	NA			NA	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA	NA			NA	NA	NA	NA	1		
Techo					NA			NA	1	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA		
Ventanas					NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	1	NA	NA				NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA		
Lavamanos					1			1	1	1	1	1			1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		
Sanitarios/Inodoro					1			1	1	1	1	1			1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		
Papelera					1			1	1	1	1	1			1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		
Puertas					NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	1	NA	NA				NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA		
OFICINA TERCER PISO / AREAS DE ARCHIVO / COORDINACIÓN / OFICINA PROFESIONALES																																			
Pisos					1			1	1	1	1	1			1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		
Paredes					NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	1	NA	NA				NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA		
Techo					NA			NA	1	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA		
Ventanas					NA			NA	1	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA		
Lámparas/Bombillos					NA			NA	1	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA		
Archivadores					NA			NA	1	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA		
Muebles					1			1	1	1	1	1			1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		
Puertas					NA			NA	1	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA		
Baños					1			1	1	1	1	1			1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		

La calificación de la verificación es: 1 = ACEPTABLE, 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS	Código: FOR-PSS-068 Versión: 1 Fecha: Memo Int 33907 – 15/06/2018 Página: 4 de 9

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 01 al 04							3. Semana Dos del 05 al 11							3. Semana Tres del 12 al 18							3. Semana Cuatro del 19 al 25							3. Semana Cinco Del 26 al 31						
	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
AREA DE ENFERMERÍA																																			
Pisos					1			1	1	1	1	1				1	1	1	1				1	1	1	1				1	1	1	1	1		
Paredes					NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA		
Techo					NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA				NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA		
Puertas					NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA		
Camilla					NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA		
Vitrinas					NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA		
Botiquín					NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA		
Escritorios					1			1	1	1	1	1				1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		
Baño					1			1	1	1	1	1				1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		
TALLER DE MANUALIDADES																																			
Pisos					1			1	1	1	1	1				1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		
Paredes					NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA		
Techo					NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA				NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA		
Ventanas					NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA				NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA		
Sillas					1			1	1	1	1	1				1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		
Mesas					1			1	1	1	1	1				1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		
ZONA DE LOCKERS																																			
Pisos					1			1	1	NA	1	1				1	NA	1	1				1	1	NA	1	1			1	1	NA	1	1		
Paredes					1			1	NA	1	NA	1				NA	1	NA	1				1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1		

La calificación de la verificación es: 1 = ACEPTABLE, 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS	Código: FOR-PSS-068 Versión: 1 Fecha: Memo Int 33907 – 15/06/2018 Página: 5 de 9

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 01 al 04							3. Semana Dos del 05 al 11							3. Semana Tres del 12 al 18							3. Semana Cuatro del 19 al 25							3. Semana Cinco Del 26 al 31						
	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
Techo					NA			NA	I	NA	NA	NA			I	NA	NA	NA				NA	I	NA	NA	NA			NA	I	NA	NA	NA		
Lockers					NA			NA	NA	NA	NA	NA			NA	NA	I	NA				NA	NA	NA	I	NA			NA	NA	NA	I	NA		
PATIO																																			
Pisos					I			I	I	I	I	I			I	I	I	I				I	I	I	I	I			I	I	I	I	I		
Paredes					NA			NA	NA	NA	I	NA			NA	NA	I	NA				NA	NA	NA	I	NA			NA	NA	NA	I	NA		
Techo					NA			I	NA	NA	NA	NA			NA	NA	NA	NA				I	NA	NA	NA	NA			I	NA	NA	NA	NA		
Puertas					NA			NA	NA	NA	I	NA			NA	NA	I	NA				NA	NA	NA	I	NA			NA	NA	NA	I	NA		
Ventanas					NA			NA	I	NA	NA	NA			I	NA	NA	NA				NA	I	NA	NA	NA			NA	I	NA	NA	NA		
Sillas					NA			NA	NA	I	NA	NA			NA	I	NA	NA				NA	NA	I	NA	NA			NA	NA	I	NA	NA		
Canaleta de drenaje					NA			NA	NA	NA	I	NA			NA	NA	I	NA				NA	NA	NA	I	NA			NA	NA	NA	I	NA		
COMEDOR																																			
Pisos					I			I	I	I	I	I			I	I		I	I			I	I	I	I	I			I	I	I	I	I		
Paredes					NA			NA	NA	NA	I	NA			NA	NA	I	NA				NA	NA	NA	I	NA			NA	NA	NA	I	NA		
Techo					NA			NA	I	NA	NA	NA			I	NA	NA	NA				NA	I	NA	NA	NA			NA	I	NA	NA	NA		
Puerta					NA			NA	NA	I	NA	NA			NA	I	NA	NA				NA	NA	NA	NA	NA			NA	NA	I	NA	NA		
Canecas					NA			NA	NA	I	NA	NA			NA	I	NA	NA				NA	NA	NA	NA	NA			NA	NA	I	NA	NA		
Ventanas					NA			NA	NA	I	NA	NA			NA	I	NA	NA				NA	NA	NA	NA	NA			NA	NA	I	NA	NA		
Muebles					I			I	I	I	I	I			I	I	I	I				I	I	I	I	I			I	I	I	I	I		
Mesas					I			I	I	I	I	I			I	I	I	I				I	I	I	I	I			I	I	I	I	I		
Sillas					I			I	I	I	I	I			I	I	I	I				I	I	I	I	I			I	I	I	I	I		
Mesón					I			I	I	I	I	I			I	I	I	I				I	I	I	I	I			I	I	I	I	I		

La calificación de la verificación es: 1 = ACEPTABLE, 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS	Código: FOR-PSS-068 Versión: 1 Fecha: Memo Int 33907 – 15/06/2018 Página: 6 de 9

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 01 al 04							3. Semana Dos del 05 al 11							3. Semana Tres del 12 al 18							3. Semana Cuatro del 19 al 25							3. Semana Cinco Del 26 al 31						
	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
Estufa					1			1	1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		
Peto					NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	1	NA	NA				NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA		
Menaje					1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		
Horno					NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	1	NA	NA				NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA		
Mesón de Servicio					1			1	1	1	1	1			1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		
LAVANDERIA																																			
Pisos					1			1	1	1	1	1			1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		
Paredes					NA			NA	1	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA		
Techo					NA			NA	1	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA		
Puertas					NA			NA	1	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA		
Ventanas					NA			NA	1	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA		
Estibas Plásticas					NA			NA	1	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA		
Contenedores Plásticos					NA			NA	1	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA		
Dura kart					NA			NA	1	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA		
Lavadora					NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	1	NA				NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	NA	NA		
Secadora					1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1		
Baño					1			1	1	1	1	1			1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		
CARTO ALMACENAMIENTO TEMPORAL DE RESIDUOS ORDINARIOS																																			

La calificación de la verificación es: 1 = ACEPTABLE, 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 01 al 04							3. Semana Dos del 05 al 11							3. Semana Tres del 12 al 18							3. Semana Cuatro del 19 al 25							3. Semana Cinco Del 26 al 31						
	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
Piso					1			1	NA	1	NA	1			NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1		
Paredes					1			1	NA	1	NA	1			NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1		
Techo					1			1	NA	1	NA	1			NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1		
Puerta					1			1	NA	1	NA	1			NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1		
Lámparas/Bombillos					1			1	NA	1	NA	1			NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1		
Canecas					1			1	NA	1	NA	1			NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1		
CARTO ALMACENAMIENTO TEMPORAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS																																		
Piso					1			1	NA	1	NA	1			NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1		
Paredes					1			1	NA	1	NA	1			NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1		
Techo					1			1	NA	1	NA	1			NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1		
Puerta					1			1	NA	1	NA	1			NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1		
Lámparas/Bombillos					1			1	NA	1	NA	1			NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1		
Canecas					1			1	NA	1	NA	1			NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1		
GIMNASIO																																		
Máquinas y Equipos					1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1		
Piso					1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1		
Paredes					1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1		
Techo					1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1		

La calificación de la verificación es: 1 = ACEPTABLE, 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS	Código: FOR-PSS-068 Versión: 1 Fecha: Memo Int 33907 – 15/06/2018 Página: 8 de 9

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 01 al 04							3. Semana Dos del 05 al 11							3. Semana Tres del 12 al 18							3. Semana Cuatro del 19 al 25							3. Semana Cinco Del 26 al 31						
	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
Espejo					1			NA	NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1		
Lámparas/Bombillos					1			NA	NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1		
Baño					1			NA	NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1		
Oficina					1			1	1	1	1	1				1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		
Camillas					1			1	1	1	1	1				1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		
Colchonetas					1			NA	NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1		
Balones					1			NA	NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1		
SALA SENSORIAL																																			
Piso					1			NA	NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1		
Paredes					1			NA	NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1		
Techo					1			NA	NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1		
Lámparas/Bombillos					1			NA	NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1		
Puerta					1			NA	NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1		
Equipos					1			NA	NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1		

La calificación de la verificación es: 1 = ACEPTABLE, 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

5. OBSERVACIONES	6. ACCIONES CORRECTIVAS (TIEMPO PROPUESTO)	7. RESPONSABLE(S)