REGISTRO PROGRAMA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	Fundad	LUGAR:	Arenosar	MES:	Agosto/2024

Instrucciones: Diligenciar en el espacio en blanco la fecha en la cual se realizó la actividad de limpieza y desinfección.

ESPACIO/ELEMENTO/EQUIPO	REGISTRO																								
	1ª Semana					2ª Semana					3ª Semana					4ª Semana					5ª 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							06	—	—	—		—	14	15			—	—	—			—	—	29	
SUPERFICIES-MESONES							06		08	09		13	14	15			20	21	22			27	28	29	
EQUIPOS DE COCINA							06		08	09		13	14	15			20	21	22			27	28	29	
BAÑO							06		08	09		13	14	15			20	21	22			27	28	29	
MESAS, SILLAS Y ESTANTERIAS							06		—	—		—	14	—			—	—	—			—	—	29	
LAVAMANOS Y ACCESORIOS							06		08	09		13	14	15			20	21	22			27	28	29	
SANITARIO							06		08	09		13	14	15			20	21	22			27	28	29	
LAVAPLATOS							06		08	09		13	14	15			20	21	22			27	28	29	
MENAJE							—		—	—		—	—	—			—	—	—			—	—	—	
CANECA ALMACENAMIENTO DE FRUTAS, VERDURAS, HUEVOS							06		08	09		13	14	15			20	21	22			27	28	29	
CANECAS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS							06		08	09		13	14	15			20	21	22			27	28	29	
ELEMENTOS DE ASEO (TRAPERO, ESCOBAS, CEPILLO, RECOGEDOR Y LIMPIONES)							06		08	09		13	14	15			20	21	22			27	28	29	
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO																									
OBSERVACIONES DE VERIFICACIÓN																									
ACCION DE MEJORA																									

Nombre: Eliecer Cuao
Cédula: 1083460928

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 POLÍTICA 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:	Funded	LUGAR:	Acromar	MES:	Agosto.

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 EVALUACIÓN
	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. (Limpias, 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, 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																										
AREA ADMINISTRATIVA																										
CUARTO DE RESIDUOS																										
EXTERIORES							C	C	C	C		C	C	C			C	C	C			C	C	C		
(INCLUIR OTROS ESPACIOS)																										
(INCLUIR OTROS ESPACIOS)																										

PESO DE RESIDUOS SÓLIDOS 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																										
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																										

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 POLÍTICA 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:	Fundad								LUGAR:				Acromar						FECHA	Agosto.	
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 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																				
SALONES	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓				X			
AREA ADMINISTRATIVA																				
EXTERIORES	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓				X			
CUARTO ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓				X			
(Incluir demás áreas)																				
(Incluir demás áreas)																				
RESPÓNSABLE DE VERIFICACIÓN																				

Nombre
Cedula 1083400720

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 POLÍTICA 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:	Junoled	LUGAR:	Aeromar	MES:	Agosto.

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			

Nombre: Eric Guaí
Cédula: 1083460928.

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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner