

FORMATOS
BPM
DE LA MANO
FAMILIAR 2
AÑOS MÁGICOS



REGISTRO PROGRAMA ABASTECIMIENTO O SUMINISTRO DE AGUA POTABLE																															
NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:			CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA										LUGAR:		DE LA MANO FAMILIAR 2 AÑOS MAGICOS					MES:		MARZO									
<p>Indicaciones de diligenciamiento: Identificar si cumple o no cumplen los siguientes parámetros en el agua de consumo:</p> <p>Sabor: Aceptable</p> <p>Olor: Aceptable</p> <p>Color: < 15 Unidades de platino cobalto - UPC</p> <p>Cloro residual libre: 0.3 - 2.0 mg/litros</p> <p>Metodología de diligenciamiento: C: Cumple NC: No cumple</p>																															
ASPECTO A EVALUAR			VERIFICACIÓN CALIDAD DEL AGUA																												
			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				
SABOR				C	C					C	C					C	C														
OLOR				C	C					C	C					C	C														
COLOR				C	C					C	C					C	C														
PRESENCIA DE MATERIA EXTRAÑA				N/A	N/A					N/A	N/A					N/A	N/A														
CLORO RESIDUAL INDIQUE RESULTADO	DATO			—	—					—	—					—	—														
	CUMPLE O NO CUMPLE			C	C					C	C					C	C														
RESPORTES MANTENIMIENTO, LAVADO Y DESINFECCIÓN																															
ELEMENTO			FECHA			DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD															OBSERVACIONES										
Redes hidrosanitarias			— — —																												
Tanques elevados			— — —																												
Tanques subterráneos			— — —																												
Purificadores y/o filtros de agua			— — —																												
			— — —																												

Jhaid Mirian Guzman Ramirez
 Nombre: JHAID MIRIAN GUZMAN RAMIREZ
 Cedula: 26471684 TESALIA HUILA

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Evitar la copia impresa de este documento ya que genera costos innecesarios. Utilice la versión digital en su dispositivo móvil o en su computadora. Los datos proporcionados son una traducción de la información original en español. Última actualización: 2019-09-25

REGISTRO PROGRAMA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	CORPORACIÓN HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA	LUGAR:	DE LA MANO FAMILIAR 2 AÑOS MÁGICOS	MES:	MARZO																				
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		3	4				10	11				17	18												
SUPERFICIES-MESONES		1	1				1	1				1	1												
EQUIPOS DE COCINA		1	1				1	1				1	1												
BANO		3	4				10	11				17	18												
MESAS, SILLAS Y ESTANTERIAS		3	4				10	11				17	18												
LAVAMANOS Y ACCESORIOS		3	4				10	11				17	18												
SANITARIO		3	4				10	11				17	18												
TRAMPA DE GRASAS Y DEMAS SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUA		1	1				1	1				1	1												
LAVAPLATOS		1	1				1	1				1	1												
MENAJE		1	1				1	1				1	1												
CANECA ALMACENAMIENTO DE AGUA		1	1				1	1				1	1												
FRUTAS, VERDURAS, HUEVOS		3	4				10	11				17	18												
ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL (8)		3	4				10	11				17	18												
CANECAS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS		3	4				10	11				17	18												
ELEMENTOS DE ASEO (TRAPERO, ESCOBAS, CEPILLO, RECOGEDOR Y LIMPIONES)		3	4				10	11				17	18												
COLCHONETAS		3	4				10	11				17	18												
JUGUETAS		3	4				10	11				17	18												
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO	Mircen Guzman R					Mircen Guzman R					Mircen Guzman R														
OBSERVACIONES DE VERIFICACIÓN																									
ACCION DE MEJORA																									

Jhaid Mircen Guzman R
Nombre: JHAID MIRIAN GUZMAN RAMIREZ
Cedula: 20471084 TESALIA HUILA

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 están sujetos a la política de tratamiento de datos personales del ICBF y a la Ley 1591 de 2012.

FORMATO CONTROL FISICO DE PLAGAS Y VECTORES

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA				LUGAR:		DE LA MANO FAMILIAR 2 AÑOS MAGICOS				FECHA:		MARZO									
AREAS	Paredes y pisos lisos sin fisuras		Sifones y desagües con rejillas		Toma corrientes y cables sin aberturas		Puertas sin aberturas entre piso y puerta		Tuberías 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	—		—		—		—		—		—		—					—				
BAÑO	C		C		C		C		C		C		C				X					
SALA COMEDOR	—		—		—		—		—		—		—				—					
SALONES	C		—		C		—		C		C		—				X					
AREA ADMINISTRATIVA	—		—		—		—		—		—		—				—					
EXTERIORES	C		C		C		—		—		—		—				X					
CUARTO ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS	—		—		—		—		—		—		—				—					
(Incluir demás áreas)	—		—		—		—		—		—		—				—					
(Incluir demás áreas)	—		—		—		—		—		—		—				—					
RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN																						

Jharel Miron Gamon R
Nombre
Cedula

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considerará como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ADOF Y A LA LEY 1581 DE 2012