REGISTRO PROGRAMA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	FUNPERS- NUESTROS HIJOS	LUGAR:	RESGUARDO ARGELIA	MES:	JUNIO

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							LD																			
SUPERFICIES-MESONES							NA																			
EQUIPOS DE COCINA							NA																			
BAÑO							LD																			
MESAS, SILLAS Y ESTANTERIAS							LD																			
LAVAMANOS Y ACCESORIOS							LD																			
SANITARIO							LD																			
TRAMPA DE GRASAS Y DEMAS SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUA							NA																			
LAVAPLATOS							NA																			
MENAJE							NA																			
CANECA ALMACENAMIENTO DE AGUA							LD																			
FRUTAS, VERDURAS, HUEVOS							NA																			
ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL (si aplica)							LD																			
CANECAS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS							LD																			
ELEMENTOS DE ASEO (TRAPERO, ESCOBAS, CEPILLO, RECOGEDOR Y LIMPIONES)							LD																			
MATERIAL DIDACTICO							NA																			
FORRO DE COLCHONETAS							NA																			
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO						Silvana Manoqun Ordoñez																				
OBSERVACIONES DE VERIFICACIÓN																										
ACCION DE MEJORA																										

(Firma)

Nombre
Cedula

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

FORMATO CONTROL FISICO DE PLAGAS Y VECTORES																					
NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	**FUNPERS**				**LUGAR:**		**RESGUARDO ARGELIA**						**FECHA:**		9 DE JUNIO DEL 2020						
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	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA		NA	-	-	-	-	-	-
BAÑO	X		X		X		X		X		X		X		-	-	X	-	-	-
SALA COMEDOR	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-	-	-	-		
SALONES	X			X	X		X		X		X		X		-	-	X	-	-	-
AREA ADMINISTRATIVA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	-	-	-	-	-	-
EXTERIORES	X		X		X		X		X		X		X		-	-	X	-	-	-
CUARTO ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS	X		X		X		X		X		X		X		-	-	X	-	-	-
(Incluir demás áreas)																				
(Incluir demás áreas)																				
RESPÓNSABLE DE VERIFICACIÓN	Silvana Manrique Ordoñez.																			

(Firma representante legal)

Nombre
Cedula

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

PROGRAMA DESECHOS SÓLIDOS

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	FUNPERS	LUGAR:	RESGUARDO ARGELIA	MES:	JUNIO

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							NA																			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																			
SALON							C																			
COMEDOR							NA																			
AREA ADMINISTRATIVA							NA																			
CUARTO DE RESIDUOS							C																			
EXTERIORES							C																			
(INCLUIR OTROS ESPACIOS)																										
(INCLUIR OTROS ESPACIOS)																										

PESO DE RESIDUOS SOLIDOS 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																										0
KILOS DE RESIDUOS ORDINARIOS																										0
KILOS DE RESIDUOS PLASTICOS																										0
KILOS DE RESIDUOS PAPEL Y CARTON																										0
KILOS DE CEITE DE COCINA USADO (FRASCOS)																										0
KILOS DE RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES																										0
TOTAL RESIDUOS DÍA	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**

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

PROGRAMA RESIDUOS SOLIDOS			
NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	FUNPERS	**LUGAR:**	V/ VENADO

TIPO DE RESIDUO	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	MECANISMO DE APROVECHAMIENTO, ELIMINACIÓN Y/O DISPOSICIÓN FINAL
RESIDUOS ORGANICOS	NA	–	–
RESIDUOS ORDINARIOS	NA	–	–
RESIDUOS PLASTICOS	–	ECOLECTOR QUIEN RECOJE LOS D	CARRO IMSERPUAG
RESIDUOS PAPEL Y CARTON	–	SE RECICLA	TRABAJO EN CASA
CEITE DE COCINA USADO (FRASCOS)	NA	–	–
RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES	NA	–	–

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

REGISTRO PROGRAMA ABASTECIMIENTO O SUMINISTRO DE AGUA POTABLE					
NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	FUNPERS/ NUESTROS HIJOS	**LUGAR:**	**RESGUARDO ARGELIA**	**MES:**	**JUNIO**

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																		
OLOR								C																		
COLOR								C																		
PRESENCIA DE MATERIA EXTRAÑA								N																		
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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

RESPORTES MANTENIMIENTO, LAVADO Y DESINFECCIÓN			
ELEMENTO	**FECHA**	**DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD**	**OBSERVACIONES**
Redes hidrosanitarias	NA	-	-
Tanques elevados	NA	-	–
Tanques subterráneos	NA	-	–
Purificadores y/o filtros de agua	NA	-	–
(incluir otros)			

(Firma)

Nombre
Cedula

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