REGISTRO PROGRAMA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL	LUGAR:	REGISTROS PLAN DE SANEAMIENTO BOSQUE ENCANTADO UNO	MES:	OCTUBRE

Instrucciones: Diligenciar en el espacio en blanco la fecha en la cual se realizó la actividad de limpieza y desinfección.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				1			6		8			13		15			20		22			27		29	
SUPERFICIES-MESONES				1			6		8			13		15			20		22			27		29	
EQUIPOS DE COCINA				1			6		8			13		15			20		22			27		29	
BAÑO				1			6		8			13		15			20		22			27		29	
MESAS, SILLAS Y ESTANTERIAS				1			6		8			13		15			20		22			27		29	
LAVAMANOS Y ACCESORIOS				1			6		8			13		15			20		22			27		29	
SANITARIO				1			6		8			13		15			20		22			27		29	
TRAMPA DE GRASAS Y DEMAS SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUA				1			6		8			13		15			20		22			27		29	
LAVAPLATOS				1			6		8			13		15			20		22			27		29	
MENAJE				1										15											
CANECA ALMACENAMIENTO DE AGUA				1			6		8			13		15			20		22			27		29	
FRUTAS, VERDURAS, HUEVOS																								29	
ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL (si aplica)				1			6		8			13		15			20		22			27		29	
CANECAS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS				1			6		8			13		15			20		22			27		29	
ELEMENTOS DE ASEO (TRAPERO, ESCOBAS, CEPILLO, RECOGEDOR Y LIMPIONES)				1			6		8			13		15			20		22			27		29	
(Incluir demás elementos)																									
(Incluir demás elementos)																									
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO																									
OBSERVACIONES DE VERIFICACIÓN																									
ACCION DE MEJORA																									

Nombre : caterine cabrera
Cedula:1117265109

FORMATO CONTROL FISICO DE PLAGAS Y VECTORES

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	FUNDACIÓN DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL	**LUGAR:**	**BOSQUE ENCANTADO UNO**	**FECHA:**	07/03/20

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	X		X		X		X		X		X		X				X	VECTORES Y ROEDORES	07/03/20	SE CUMPLIO CON LA FUMIGACION DEL CDI
BAÑO	X		X		X		X		X		X		X				X			
SALA COMEDOR	X		X		X		X		X		X		X				X			
SALONES	X		X		X		X		X		X		X				X			
AREA ADMINISTRATIVA	X		X		X		X		X		X		X				X			
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																				

(Firma representante legal)

Nombre
Cedula

PROGRAMA DESECHOS SÓLIDOS

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	FUNDACIÓN DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL	LUGAR:	BOSQUE ENCANTADO UNO	MES:	OCTUBRE

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																									
	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	NC	NC	C	NC	C	NC	NC	C	NC	C	NC	NC	C	NC	C	NC	NC	C	NC	C	NC	
BAÑOS				C	NC	NC	C	NC	C	NC	NC	C	NC	C	NC	NC	C	NC	C	NC	NC	C	NC	C	NC	
SALON				C	NC	NC	C	NC	C	NC	NC	C	NC	C	NC	NC	C	NC	C	NC	NC	C	NC	C	NC	
COMEDOR				C	NC	NC	C	NC	C	NC	NC	C	NC	C	NC	NC	C	NC	C	NC	NC	C	NC	C	NC	
AREA ADMINISTRATIVA				C	NC	NC	C	NC	C	NC	NC	C	NC	C	NC	NC	C	NC	C	NC	NC	C	NC	C	NC	
CUARTO DE RESIDUOS				C	NC	NC	C	NC	C	NC	NC	C	NC	C	NC	NC	C	NC	C	NC	NC	C	NC	C	NC	
EXTERIORES				C	NC	NC	C	NC	C	NC	NC	C	NC	C	NC	NC	C	NC	C	NC	NC	C	NC	C	NC	
(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)																										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				NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	0
KILOS DE RESIDUOS ORDINARIOS				NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	0
KILOS DE RESIDUOS PLASTICOS				NC	NC	NC	NC	NC	1	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	1	NC	NC	NC	2
KILOS DE RESIDUOS PAPEL Y CARTON				NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	1	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	1
KILOS DE CEITE DE COCINA USADO (FRASCOS)				NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	0
KILOS DE RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES				NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	0
TOTAL RESIDUOS DÍA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3

PROGRAMA RESIDUOS SOLIDOS

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	FUNDACIÓN DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL	LUGAR:	BOSQUE ENCANTADO UNO

TIPO DE RESIDUO	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	MECANISMO DE APROVECHAMIENTO, ELIMINACIÓN Y/O DISPOSICIÓN FINAL
RESIDUOS ORGANICOS			
RESIDUOS ORDINARIOS			
RESIDUOS PLASTICOS	2	29-oct.-20	LOS DIAS MIERCOLES Y VIERNES PASA EL CARRO DE LA BASURA Y SE DEPOSITAN
RESIDUOS PAPEL Y CARTON	1	29-oct.-20	AL TARRO DE LA BASURA
CEITE DE COCINA USADO (FRASCOS)			
RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES			

Nombre: caterine cabrera
Cedula:1117265109

REGISTRO PROGRAMA ABASTECIMIENTO O SUMINISTRO DE AGUA POTABLE					
NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	FUNDACIÓN DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL	**LUGAR:**	**BOSQUE ENCANTADO UNO**	**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

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	NC	NC	C	NC	C	NC	NC	C	NC	C	NC	NC	C	NC	C	NC	NC	C	NC	C	NC
OLOR					C	NC	NC	C	NC	C	NC	NC	C	NC	C	NC	NC	C	NC	C	NC	NC	C	NC	C	NC
COLOR					C	NC	NC	C	NC	C	NC	NC	C	NC	C	NC	NC	C	NC	C	NC	NC	C	NC	C	NC
PRESENCIA DE MATERIA EXTRAÑA					NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
CLORO RESIDUAL INDIQUE RESULTADO	**DATO**																									
	CUMPLE O NO CUMPLE				C	NC	NC	C	NC	C	NC	NC	C	NC	C	NC	NC	C	NC	C	NC	NC	C	NC	C	NC

REPORTES MANTENIMIENTO, LAVADO Y DESINFECCIÓN			
ELEMENTO	**FECHA**	**DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD**	**OBSERVACIONES**
Redes hidrosanitarias			
Tanques elevados	22-oct.-20	SE REALIZA LAVO DE TANQUE	SE REALIZA LAVADO CADA MES
Tanques subterráneos	22-oct.-20	SE REALIZA LAVO DE TANQUE	SE REALIZA LAVADO CADA MES
Purificadores y/o filtros de agua			
(incluir otros)			

Nombre: caterine cabrera
Cedula