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: Julio **AÑO:** 2024

2. Nombre del responsable del diligenciamiento: William Alexander Henao Alonso

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 01 al 07							3. Semana Dos del 08 al 14							3. Semana Tres del 15 al 21							3. Semana Cuatro del 22 al 28							3. Semana Cinco del 29 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	1	1				
Paredes		NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA			1	NA	NA				
Techo		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA				
Ventanas		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1				
Puertas		NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA				
Camas		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA				
Colchón		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA				
Tendidos y Sábanas		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1				
Lámparas/Bombillos		NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	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	1	1				
Punto Ecológico		NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			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	1	1				
Paredes		1	NA	1	NA			NA	1	NA	1	NA			NA	1	NA	1	NA			NA	1	NA	1	NA			NA	1	NA				

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 07							3. Semana Dos del 08 al 14							3. Semana Tres del 15 al 21							3. Semana Cuatro del 22 al 28							3. Semana Cinco del 29 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																																		
Ventanas																																		
Lavamanos																																		
Sanitarios/Inodoro																																		
Papelera																																		
Lámpara/Bombillo																																		
Puertas																																		
HABITACIONES – AREAS COMUNES																																		
Pisos																																		
Paredes																																		
Techo																																		
Ventanas																																		
Puertas																																		
Camas																																		
Colchón																																		
Tendidos y Sábanas																																		
Lámparas/Bombillos																																		
Sillas y Mesas																																		
Punto Ecológico																																		
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.

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 01 al 07							3. Semana Dos del 08 al 14							3. Semana Tres del 15 al 21							3. Semana Cuatro del 22 al 28							3. Semana Cinco del 29 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	1	1				
Paredes		NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA			1	NA	NA				
Techo		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA				
Ventanas		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1				
Lavamanos		1	1	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	1	1				
Papelera		1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1				
Puertas		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1				
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	1	1				
Paredes		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1				
Techo		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA				
Ventanas		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA				
Lámparas/Bombillos		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA				
Archivadores		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA				
Muebles		1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	NA				
Puertas		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA				
Baños		1	1	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 BOGOTA D.C. SECRETARIA 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 07							3. Semana Dos del 08 al 14							3. Semana Tres del 15 al 21							3. Semana Cuatro del 22 al 28							3. Semana Cinco del 29 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			1	1	1				
Paredes		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA				
Techo		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1				
Puertas		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA				
Camilla		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA				
Vitrinas		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA				
Botiquín		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA				
Escritorios		1	1	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	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	1	1				
Paredes		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA				
Techo		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1				
Ventanas		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1				
Sillas		1	1	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	1	1				
ZONA DE LOCKERS																																			
Pisos		1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1				
Paredes		NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			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. SECRETARIA 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 07							3. Semana Dos del 08 al 14							3. Semana Tres del 15 al 21							3. Semana Cuatro del 22 al 28							3. Semana Cinco del 29 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		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA				
Lockers		NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA				
PATIO																																			
Pisos		1	1	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	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA				
Techo		NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA			1	NA	NA				
Puertas		NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA				
Ventanas		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA				
Sillas		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1				
Canaleta de drenaje		NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA				
COMEDOR																																			
Pisos		1	1	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	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA				
Techo		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA				
Puerta		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1				
Canecas		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1				
Ventanas		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1				
Muebles		1	1	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	1	1				
Sillas		1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1				
Mesón		1	1	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. SECRETARIA 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 07							3. Semana Dos del 08 al 14							3. Semana Tres del 15 al 21							3. Semana Cuatro del 22 al 28							3. Semana Cinco del 29 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	1	1				
Peto		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1				
Menaje		1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1				
Horno		NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1				
Mesón de Servicio		1	1	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	1	1				
Paredes		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA				
Techo		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA				
Puertas		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA				
Ventanas		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA				
Estibas Plásticas		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA				
Contenedores Plásticos		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA				
Dura kart		1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA				
Lavadora		NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA				
Secadora		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA				
Baño		1	1	1	1			1	NA	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.

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: 7 de 9

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 01 al 07							3. Semana Dos del 08 al 14							3. Semana Tres del 15 al 21							3. Semana Cuatro del 22 al 28							3. Semana Cinco del 29 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		NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1				
Paredes		NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1				
Techo		NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1				
Puerta		NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1				
Lámparas/Bombillos		NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1				
Canecas		NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1				
CARTO ALMACENAMIENTO TEMPORAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS																																		
Piso		NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1				
Paredes		NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1				
Techo		NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1				
Puerta		NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1				
Lámparas/Bombillos		NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1				
Canecas		NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1				
GIMNASIO																																		
Máquinas y Equipos		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA				
Piso		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA				
Paredes		NA	NA	NA	1			NA	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	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA				

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 07							3. Semana Dos del 08 al 14							3. Semana Tres del 15 al 21							3. Semana Cuatro del 22 al 28							3. Semana Cinco del 29 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		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA				
Lámparas/Bombillos		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA				
Baño		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA				
Oficina		1	1	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	1	1				
Colchonetas		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA				
Balones		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA				
SALA SENSORIAL																																		
Piso		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA				
Paredes		NA	NA	NA	1			NA	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	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA				
Lámparas/Bombillos		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA				
Puerta		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA				
Equipos		NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA				

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)