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: Diciembre **AÑO:** 2024

2. Nombre del responsable del diligenciamiento: William Javier Alonso Aguilera

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 02 al 08							3. Semana Dos del 09 al 15							3. Semana Tres del 16 al 22							3. Semana Cuatro del 23 al 29							3. Semana Cinco del 30 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					
Paredes	1	NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA			1	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	1					
Ventanas	NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA		NA	NA			NA	NA					
Puertas	NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA		1	NA			NA	NA					
Camas	NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA		NA	1			NA	NA					
Colchón	NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA		NA	1			NA	NA					
Tendidos y Sábanas	NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA		NA	NA			NA	NA					
Lámparas/Bombillos	NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA		1	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					
Punto Ecológico	1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA		NA	1			1	NA					
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					
Paredes	1	NA	NA	1	NA			1	NA	NA	1	NA			1	NA	NA	1	NA			1	NA		1	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 02 al 08							3. Semana Dos del 09 al 15							3. Semana Tres del 16 al 22							3. Semana Cuatro del 23 al 29							3. Semana Cinco del 30 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			1	NA					
Ventanas	NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1		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					
Sanitarios/Inodoro	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					
Lámpara/Bombillo	NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA		NA	NA			NA	NA					
Puertas	NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA		NA	NA			NA	NA					
HABITACIONES – AREAS COMUNES																																			
Pisos	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			1						
Techo	NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1		NA	NA			NA						
Ventanas	NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA		NA	NA			NA						
Puertas	NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA		NA	NA			NA						
Camas	NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA		NA	NA			NA						
Colchón	NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA		NA	NA			NA						
Tendidos y Sábanas	NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA		NA	NA			NA						
Lámparas/Bombillos	NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA		NA	NA			NA						
Sillas y Mesas	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1		1	1			1						
Punto Ecológico	1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA		NA	1			1						
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.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTA 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: 3 de 9

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 02 al 08							3. Semana Dos del 09 al 15							3. Semana Tres del 16 al 22							3. Semana Cuatro del 23 al 29							3. Semana Cinco del 30 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					
Paredes	1	NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA			1	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	1					
Ventanas	NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA		NA	NA			NA	NA					
Lavamanos	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					
Papelera	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1		1	1			1	1					
Puertas	NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA		NA	NA			NA	NA					
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					
Paredes	NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA		NA	NA			NA	NA					
Techo	NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1		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	1					
Lámparas/Bombillos	NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1		NA	NA			NA	1					
Archivadores	NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1		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					
Puertas	NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1		NA	NA			NA	1					
Baños	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. 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: 4 de 9

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 02 al 08							3. Semana Dos del 09 al 15							3. Semana Tres del 16 al 22							3. Semana Cuatro del 23 al 29							3. Semana Cinco del 30 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					
Paredes	NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1		NA	NA			NA	1					
Techo	NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA		NA	NA			NA	NA					
Puertas	NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1		NA	NA			NA	1					
Camilla	NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1		NA	NA			NA	1					
Vitrinas	NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1		NA	NA			NA	1					
Botiquín	NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1		NA	NA			NA	1					
Escritorios	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					
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					
Paredes	NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1		NA	NA			NA	1					
Techo	NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA		NA	NA			NA	NA					
Ventanas	NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA		NA	NA			NA	NA					
Sillas	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					
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					
Paredes	1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA		NA	1			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 02 al 08							3. Semana Dos del 09 al 15							3. Semana Tres del 16 al 22							3. Semana Cuatro del 23 al 29							3. Semana Cinco del 30 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	NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1		NA	NA			NA	1					
Lockers	NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA		1	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					
Paredes	NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA		1	NA			NA	NA					
Techo	1	NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA			1	NA		NA	NA			1	NA					
Puertas	NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA		1	NA			NA	NA					
Ventanas	NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1		NA	NA			NA	1					
Sillas	NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA		NA	NA			NA	NA					
Canaleta de drenaje	NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA		1	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					
Paredes	NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA		1	NA			NA	NA					
Techo	NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1		NA	NA			NA	1					
Puerta	NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA		NA	NA			NA	NA					
Canecas	NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA		NA	NA			NA	NA					
Ventanas	NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA		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					
Mesas	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					
Mesón	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.

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 02 al 08							3. Semana Dos del 09 al 15							3. Semana Tres del 16 al 22							3. Semana Cuatro del 23 al 29							3. Semana Cinco del 30 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					
Peto	NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA		NA	NA			NA	NA					
Menaje	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1		1	1			1	1					
Horno	NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA		NA	NA			NA	NA					
Mesón de Servicio	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					
Paredes	NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1		NA				NA	1					
Techo	NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1		NA				NA	1					
Puertas	NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1		NA				NA	1					
Ventanas	NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1		NA				NA	1					
Estibas Plásticas	NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1		NA				NA	1					
Contenedores Plásticos	NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1		NA				NA	1					
Dura kart	NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1		NA				NA	1					
Lavadora	NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA		1				NA	NA					
Secadora	NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA		NA				NA	NA					
Baño	1	1	1	1	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.

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 02 al 08							3. Semana Dos del 09 al 15							3. Semana Tres del 16 al 22							3. Semana Cuatro del 23 al 29							3. Semana Cinco del 30 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	1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA		NA	1			1	NA					
Paredes	1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA		NA	1			1	NA					
Techo	1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA		NA	1			1	NA					
Puerta	1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA		NA	1			1	NA					
Lámparas/Bombillos	1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA		NA	1			1	NA					
Canecas	1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA		NA	1			1	NA					
CARTO ALMACENAMIENTO TEMPORAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS																																		
Piso	1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA		NA	1			1	NA					
Paredes	1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA		NA	1			1	NA					
Techo	1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA		NA	1			1	NA					
Puerta	1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA		NA	1			1	NA					
Lámparas/Bombillos	1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA		NA	1			1	NA					
Canecas	1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA		NA	1			1	NA					
GIMNASIO																																		
Máquinas y Equipos	NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA		NA	1			NA	NA					
Piso	NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA		NA	1			NA	NA					
Paredes	NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA		NA	1			NA	NA					
Techo	NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA		NA	1			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 02 al 08							3. Semana Dos del 09 al 15							3. Semana Tres del 16 al 22							3. Semana Cuatro del 23 al 29							3. Semana Cinco del 30 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	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA		NA	1			NA	NA					
Lámparas/Bombillos	NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA		NA	1			NA	NA					
Baño	NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA		NA	1			NA	NA					
Oficina	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					
Colchonetas	NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA		NA	1			NA	NA					
Balones	NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA		NA	1			NA	NA					
SALA SENSORIAL																																			
Piso	NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA		NA	1			NA	NA					
Paredes	NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA		NA	1			NA	NA					
Techo	NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA		NA	1			NA	NA					
Lámparas/Bombillos	NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA		NA	1			NA	NA					
Puerta	NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA		NA	1			NA	NA					
Equipos	NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA		NA	1			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)