REGISTRO PROGRAMA ABASTECIMIENTO O SUMINISTRO DE AGUA POTABLE					
NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR	**LUGAR:**	**CDI CASTILLO DE COLORES**	**MES:**	**MARZO**

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