REGISTRO PROGRAMA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	CORHUELLAS	LUGAR:	CHCB LOS OLIVOS	MES:	ABRIL

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						6	7	8	9	10	13	14	15	16	17	20	21	22	23	24	27	28	29		
SUPERFICIES-MESONES						6	7	8	9	10	13	14	15	16	17	20	21	22	23	24	27	28	29		
EQUIPOS DE COCINA						6	7	8	9	10	13	14	15	16	17	20	21	22	23	24	27	28	29		
BAÑO						6	7	8	9	10	13	14	15	16	17	20	21	22	23	24	27	28	29		
MESAS, SILLAS Y ESTANTERIAS						6	7	8	9	10	13	14	15	16	17	20	21	22	23	24	27	28	29		
LAVAMANOS Y ACCESORIOS						6	7	8	9	10	13	14	15	16	17	20	21	22	23	24	27	28	29		
SANITARIO						6	7	8	9	10	13	14	15	16	17	20	21	22	23	24	27	28	29		
TRAMPA DE GRASAS Y DEMAS SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUA																									
LAVAPLATOS						6	7	8	9	10	13	14	15	16	17	20	21	22	23	24	27	28	29		
MENAJE						6	7	8	9	10	13	14	15	16	17	20	21	22	23	24	27	28	29		
CANECA ALMACENAMIENTO DE AGUA										10					17					24			29		
FRUTAS, VERDURAS, HUEVOS						6	7	8	9	10	13	14	15	16	17	20	21	22	23	24	27	28	29		
ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL (si aplica)										10					17					24			29		
CANECAS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS										10					17					24			29		
ELEMENTOS DE ASEO (TRAPERO, ESCOBAS, CEPILLO, RECOGEDOR Y LIMPIONES)						6	7	8	9	10	13	14	15	16	17	20	21	22	23	24	27	28	29		
(Incluir demás elementos)																									
(Incluir demás elementos)																									
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO	Edilma Ruiz					Edilma Ruiz					Edilma Ruiz					Edilma Ruiz					Edilma Ruiz				
OBSERVACIONES DE VERIFICACIÓN																									
ACCION DE MEJORA																									

María Edilma Ruiz
Nombre
Cedula 36128 64

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

FORMATO CONTROL FISICO DE PLAGAS Y VECTORES

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	COR NUTRICIOS	LUGAR:	C H CB los ositos	FECHA:	Abril

AREAS	Paredes y pisos lisos sin fisuras		Sifones y desagues con rejillas		Tomas 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							
BAÑO	X		X		X		X		X		X		X							
SALA COMEDOR	X		X		X		X		X		X		X							
SALONES	X		X		X		X		X		X		X							
AREA ADMINISTRATIVA	X		X		X		X		X		X		X							
EXTERIORES	X		X		X		X		X		X		X							
CUARTO ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS	X		X		X		X		X		X		X							
(Incluir demás áreas)																				
(Incluir demás áreas)																				
RESPÓNSABLE DE VERIFICACIÓN																				

Maria Edilma Ruiz
(Firma responsable área)
Nombre
Cedula

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

PROGRAMA DE DESECHOS SÓLIDOS

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA: COR HUELLAS

LUGAR: HCB LOS OSITOS

MES: ABRIL

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	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C			
BAÑOS						C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C			
SALON						C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C			
COMEDOR						C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C			
AREA ADMINISTRATIVA						C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C			
CUARTO DE RESIDUOS						C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C			
EXTERIORES						C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C			
(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 portaneadores

Para los espacios de almacenamiento verificar la organización, limpieza, ventilación, señalizado, control de vectores, entre otros.

PESO DE RESIDUOS SOLIDOS GENERADOS (Kg)

TIPO DE RESIDUO	1° Semana					2° Semana					3° Semana					4° Semana					5° Semana					TOTAL MES
	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	1	1	1	1	6	1	1	1	1	7	1	1	1	1	7	1	1	1	1	7	1	1	1			22
KILOS DE RESIDUOS ORDINARIOS																										0
KILOS DE RESIDUOS PLASTICOS					1					1					1					1		1				5
KILOS DE RESIDUOS PAPEL Y CARTON					1					1					1					1		1				5
KILOS DE CEITE DE COCINA USADO (FRASCOS)																										0
KILOS DE RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES																										0
TOTAL RESIDUOS DIA	1	0	1	0	1	2	1	0	1	0	1	3	1	0	1	1	3	1	0	1	1	3	1	0	1	3	32

PROGRAMA RESIDUOS SOLIDOS

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:

LUGAR:

TIPO DE RESIDUO	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	MECANISMO DE APROVECHAMIENTO, ELIMINACIÓN Y/O DISPOSICIÓN FINAL
RESIDUOS ORGANICOS	22	todos los dias	Para la Vereda
RESIDUOS ORDINARIOS			
RESIDUOS PLASTICOS	cada 5	cada mes	la bolsa de
RESIDUOS PAPEL Y CARTON	5	la bolsa	la bolsa
CEITE DE COCINA USADO (FRASCOS			
RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES			

Edilma Ruiz
Nombre
Cedula

Powered by CamScanner

REGISTRO PROGRAMA ABASTECIMIENTO O SUMINISTRO DE AGUA POTABLE

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	COR HUELLAS	LUGAR:	los ostros	MES:	Abril

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	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		
COLOR							C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		
PRESENCIA DE MATERIA EXTRAÑA							NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA		
CLORO RESIDUAL INDIQUE RESULTADO	DATO						NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NO	NA	NA	NA	NA		
	CUMPLE O NO CUMPLE						NA	NA	NA	NA	NA	NO	NA	NA	NA	NA	NO	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	N	

RESPORTES MANTENIMIENTO, LAVADO Y DESINFECCIÓN

ELEMENTO	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
Redes hidrosanitarias			
Tanques elevados	cada 6 dias		
Tanques subterráneos			
Purificadores y/o filtros de agua	Cada 6 dias		
(incluir otros)			

Nombre
Cedula

Powered by CamScanner