REGISTRO PROGRAMA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:		LUGAR:		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 20	22 27	23 22	24 23		27	28	29	30	31	
SUPERFICIES-MESONES						6	7	8	9	10	13	14	15	16	17		20	27	22	23		27	28	29			
EQUIPOS DE COCINA						6	7	8	9	10	13	14	15	16	17		20	27	22	23		27	28	29			
BAÑO						6	7	8	9	10	13	14	15	16	17		20	27	22	23		27	28	29			
MESAS, SILLAS Y ESTANTERIAS						6	7	8	9	10	13	14	15	16	17		20	27	22	23		27	28	29			
LAVAMANOS Y ACCESORIOS						6	7	8	9	10	13	14	15	16	17		20	27	23	23		27	28	29			
SANITARIO						6	7	8	9	10	13	14	15	16	17		20	27	22	23		27	28	29			
TRAMPA DE GRASAS Y DEMAS SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUA						6	7																			
LAVAPLATOS						6	7	8	9	10	13	14	15	16	17		20	27	22	23		27	28	29			
MENAJE						6	7	8	9	10	13	14	15	16	17		20	27	22	23		27	28	29			
CANECA ALMACENAMIENTO DE AGUA						6	7	8	9	10	13	14	15	16	17		20	27	22	23		27	28	29			
FRUTAS, VERDURAS, HUEVOS						6	7	8	9	10	13	14	15	16	17		20	27	22	23		27	28	29			
ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL (si aplica)						6	7	8	9	10	13	14	15	16	17		20	27	22	23		27	28	29			
CANECAS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS						6	7	8	9	10	13	14	15	16	17		20	27	22	23		27	28	29			
ELEMENTOS DE ASEO (TRAPERO, ESCOBAS, CEPILLO, RECOGEDOR Y LIMPIONES)						6	7	8	9	10	13	14	15	16	17		20	27	22	23		27	28	29			
[Incluir demás elementos]							-																			
[Incluir demás equipos]																										
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO																										
OBSERVACIONES DE VERIFICACIÓN																										
ACCION DE MEJORA																										

(Firma)

Nombre 5194663

Antes de imprimir este documento ... piense en el medio ambiente!

COPIA NO CONTROLADA

FORMATO CONTROL FISICO DE PLAGAS Y VECTORES

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:		LUGAR:	HCB. AZUCENA	FECHA:	Abril.

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		Tuberias 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	C		C		C		C		C		C		C		NO		NO			
BAÑO	C		C		C		C		C		C		C		NO		.			
SALA COMEDOR	C		C		C		C		C		C		C		.					
SALONES	C		C		C		C		C		C		C							
AREA ADMINISTRATIVA													C							
EXTERIORES	C		C		C		C		C		C		C							
CUARTO ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS																				
(Incluir demás áreas)	•																			
(Incluir demás áreas)																				

RESPÓNSABLE DE VERIFICACIÓN

(Firma Representante legal)

Nombre

Cedula 55184663

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

PROGRAMA DE RESIDUOS SOLIDOS

NOMBRE DEL OPERADOR DE CONTRATISTA

LUGAR: Hosp. Caparedo MES: Abril

INDICACIONES DE DILIGENCIAMIENTO: [illegible]

ASPECTO A EVALUAR	SEMANA																			
	1ª Semana					2ª Semana					3ª Semana					4ª Semana				
	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V
COCINA																				
CERAMICA																				
SALON																				
COMEDOR																				
AREA ADMINISTRATIVA																				
CUARTO DE RESIDUOS																				
BATERIAS BAÑOS																				
[illegible]																				
[illegible]																				
[illegible]																				

[illegible]

PESO DE RESIDUOS SOLIDOS GENERADOS (Kg)

TIPO DE RESIDUO	SEMANA																				TOTALES
	1ª Semana					2ª Semana					3ª Semana					4ª Semana					
	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	
RESIDUOS ORGANICOS						[illegible]					[illegible]					[illegible]					[illegible]
RESIDUOS ORDINARIOS						[illegible]					[illegible]					[illegible]					[illegible]
RESIDUOS PLASTICOS						[illegible]					[illegible]					[illegible]					[illegible]
RESIDUOS PAPEL Y CARTON																					
RESIDUOS DE VIDRIO DE COCINA USADO																					
RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES																					
TOTAL RESIDUOS DIA						[illegible]					[illegible]					[illegible]					[illegible]

PROGRAMA RESIDUOS SOLIDOS

NOMBRE DEL OPERADOR DE CONTRATISTA

LUGAR

BIENESTAR FAMILIAR

RESPORTES MANTENIMIENTO, LAVADO Y DESINFECCION			
ELEMENTO	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
Redes hidrosanitarias		No aplica.	no aplica.
Tanques elevados			
Tanques subterráneos			
Purificadores y/o filtros de agua			
(incluir otros)			

(FIRMA)

Nombre

Cedula 55194663