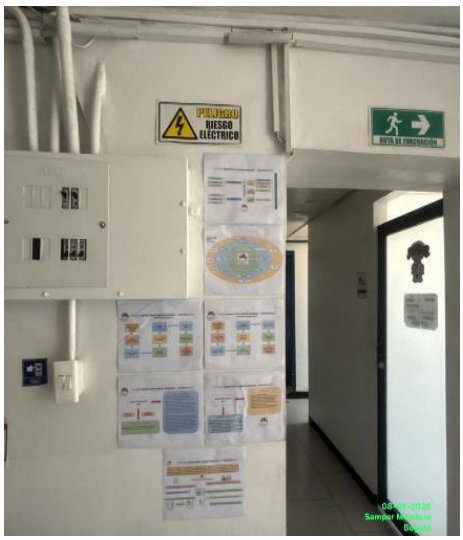
Lugar	*Centro transitorio Samper Mendoza*
Fecha	*16/05/2026*
Tema	*Soportes Plan de Mantenimiento Preventivo y Correctivo*
Desarrollo	*En el marco de las actividades de verificación y control establecidas para garantizar el adecuado funcionamiento de la unidad, se llevó a cabo una revisión de las condiciones físicas y de mantenimiento de las instalaciones.* *La facilitadora Liliana López, en compañía de la coordinadora Ivon Campos, realizó un recorrido por la unidad con el fin de identificar los pendientes de mantenimiento. Los hallazgos fueron registrados y se anexaron en la ayuda memoria correspondiente, en cumplimiento de lo establecido en el Anexo Técnico y para garantizar la trazabilidad de la gestión ante la supervisión del convenio.* *PLAN MANTENIMIENTO PREVENTIVO* *2.1Sistema 1 _Eléctrico (Las conexiones eléctricas se encuentran en buen estado y no están expuestas generando riesgos eléctricos a los usuarios).* *Actividad 2.1.1 Cableado no expuesto* *1.UNIDAD OPERATIVA*  

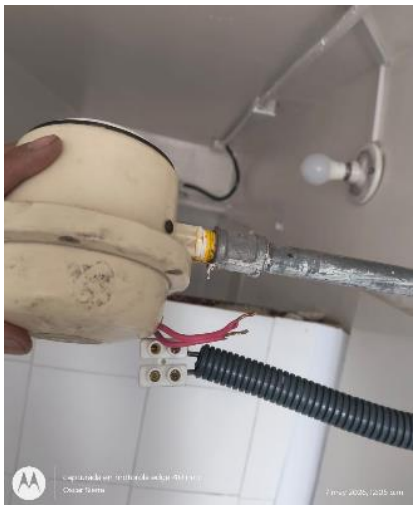
Actividad 2.1.2 Tomas, interruptores, iluminarias (100% ahorradores de energía tipo LED), sensores de movimiento
2. UNIDAD OPERATIVA





Actividad 2.1.3: Duchas eléctricas (incluye cableado no expuesto)
3. UNIDAD OPERATIVA





2.2. Sistema 2 _Hidrosanitario (Las conexiones hidrosanitarias se encuentran técnicamente adecuadas en perfecto funcionamiento y limpieza)

Actividad 2.2.3: Trampas de grasa
4. UNIDAD OPERATIVA



2.4. Sistema 4 _Infraestructura

Actividad 2.4.1: Muros (Pañete, estuco, pintura, enchapes, emboquillado, humedades)
5. UNIDAD OPERATIVA



Actividad 2.4.2 Pisos (Guarda escobas, enchapes, emboquillado, pintura epóxica en zonas húmedas)
6. UNIDAD OPERATIVA





Actividad 2.4.5 Techos (Material acabado de fácil limpieza y desinfección, filtraciones, enchapes, emboquillado, humedades)
7. UNIDAD OPERATIVA



Actividad 2.4.6 Media cañas (Pintura, emboquillado, limpieza, sin grietas, rompimientos ni fisuras)
8. UNIDAD OPERATIVA





Actividad 2.4.7 Puertas (En buen estado, de fácil limpieza y desinfección, sin grietas, rompimientos ni fisuras, cerraduras en correcto funcionamiento, que garanticen la hermeticidad)
9. UNIDAD OPERATIVA



2.5. Sistema 5 _Sistema de seguridad

Actividad 2.5.3 Pasamanos en buen estado firmemente asegurados (circulaciones, duchas, sanitarios, rampas y escaleras)
10. UNIDAD OPERATIVA

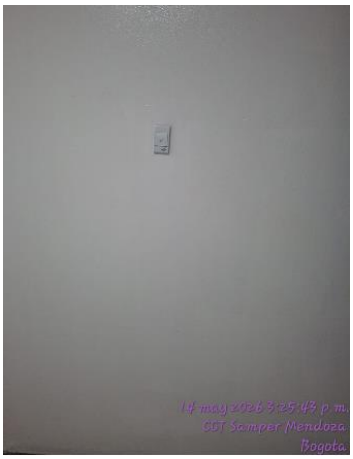




Actividad 2.5.4 Circuito de cámaras en funcionamiento
11. UNIDAD OPERATIVA



Actividad 2.5.5 Sistema de llamado continuo en funcionamiento (timbres alámbricos, inalámbricos, tablero de control)
12. UNIDAD OPERATIVA





Actividad 2.5.6 Sistema de detección de incendios en funcionamiento (detectores de humo, luz estroboscópica, alarma sonora)
13. UNIDAD OPERATIVA







Actividad 2.5.7 Sistema de red de Internet en funcionamiento (debe garantizar conectividad)
14. UNIDAD OPERATIVA



2.6. Sistema 6 _Sistemas de dotación y mobiliario (madera y metálico)



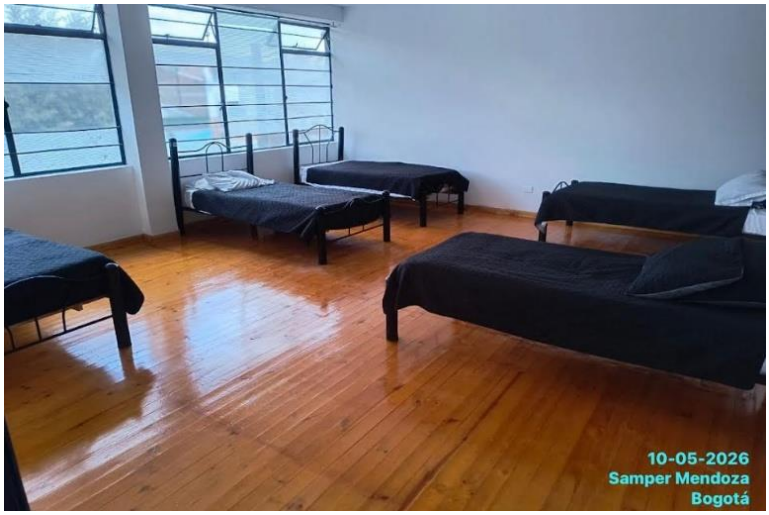
Actividad 2.6.4 Colchones, forros y lencería (en buen estado, sin roturas en condiciones higiénicas).
15. UNIDAD OPERATIVA

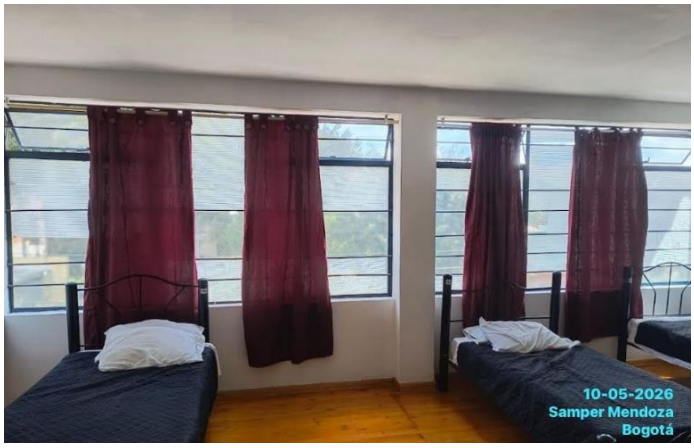




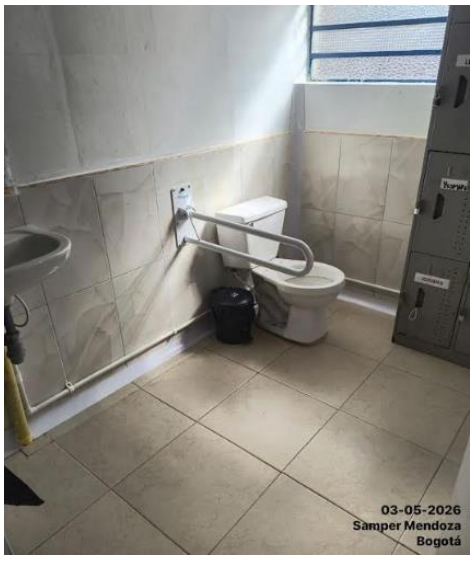
PLAN DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO

1. *Intervención de piso en estructura de madera habitación 14*

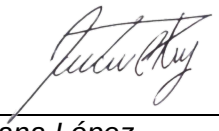
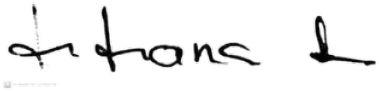




2. Adecuación baño para discapacidad 1er piso





	Nombre	Cargo/Rol	Dependencia
Asistentes	*Ivon Andrea Campos Rey* 	*Coordinadora*	*Centro de Cuidado transitorio Samper Mendoza*
	Liliana López 	*Facilitadora*	*Centro de Cuidado transitorio Samper Mendoza*

	Actividad	Responsable	Fecha límite
Compromisos	*Ninguno*		
Próxima reunión	*N/A*		
Elaboró	*Ivon Campos Rey Coordinadora .C.T Samper Mendoza*		

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO GESTIÓN AMBIENTAL FORMATO REGISTRO Y CONTROL LIMPIEZA/MANTENIMIENTO DE TRAMPAS DE GRASA Y SISTEMAS DE CAPTACIÓN DE AGUAS LLUVIAS (SCALL)	Código: FOR-GA-031 Versión: 0 Fecha: Memo I2021031818 - 21/10/2021 Página: 1 de 1

TIPO DE SERVICIO SOCIAL	CENTRO DE CUIDADO TRANSITORIO
NOMBRE UNIDAD OPERATIVA	SAMPER MENDOZA
LOCALIDAD	LOS MARTIRES
DIRECCIÓN	CL 24 N° 19 B 16

FECHA	ACTIVIDAD (marque con una X el tipo de actividad a realizar Limpieza o Mantenimiento)		TIPO DE SISTEMA (Marque con una X a cuál sistema se le realizará Limpieza o Mantenimiento)			RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD	DEPENDENCIA DEL RESPONSABLE	FIRMA	OBSERVACIONES	RESPONSABLE O DELEGADO AMBIENTAL DE LA UNIDAD OPERATIVA	FIRMA
	LIMPIEZA	MANTENIMIENTO	TRAMPA DE GRASAS		SISTEMA DE CAPTACIÓN DE AGUAS LLUVIAS						
			EXTERNA	INTERNA							
03/05/2026	X			X		Oscar Sierra	Mantenimiento			Melba Cespedes	
04/05/2026	X			X		Oscar Sierra	Mantenimiento			Melba Cespedes	
05/05/2026	X			X		Oscar Sierra	Mantenimiento			Melba Cespedes	

Nota: "Tratamiento de datos personales: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la Secretaría Distrital de Integración Social no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro so pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013."

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	**PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES** **FORMATO SEGUIMIENTO A SOLUCIONES DESINFECTANTES**	**Código:** FOR-PSS-065 **Versión:** 0 **Fecha:** Memo Int. 38379 – 18/07/2017 Página: 1 de 4

1. NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: CENTRO DE CUIDADO TRANSITORIO SAMPER MENDOZA
MES: ENERO AÑO: 2026

2. Nombre del responsable del Seguimiento: LUZ ADRIANA RUIZ QUINCHIA 2. Cargo: NUTRICIONISTA

3. Desinfectante utilizado: Hipoclorito de sodio 3. Marca: Vimach
3. Lote: 1578111125

3. Fecha de vencimiento: N/A **3. Concentración: 5.25%**

4. Semana: 01 al 03 Mayo

5. Áreas, alimentos, espacios y elementos	L		M		M		J		V		S		D	
	Cantidad de agua (L)	Cantidad desinfectante (ml)	Cantidad de agua (L)	Cantidad desinfectante (ml)	Cantidad de agua (L)	Cantidad desinfectante (ml)	Cantidad de agua (L)	Cantidad desinfectante (ml)	Cantidad de agua (L)	Cantidad desinfectante (ml)	Cantidad de agua (L)	Cantidad desinfectante (ml)	Cantidad de agua (L)	Cantidad desinfectante (ml)
Frutas y verduras									15	15	15	15	15	15
Bolsas de leche, empaques lácteos									2	2	2	2	2	2
Equipos y utensilios									9	9	9	9	9	9
Superficies									8	8	8	8	8	8
Baños									1200	1200	1200	1200	1200	1200

6. OBSERVACIONES: Ninguna

ENCARGADO DEL SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD OPERATIVA:

Luz Adriana Ruiz Quinchia C.C 1032494170 — Nutricionista

NOMBRE Y C.C. — FIRMA — CARGO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	**PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES** **FORMATO SEGUIMIENTO A SOLUCIONES DESINFECTANTES**	**Código:** FOR-PSS-065 **Versión:** 0 **Fecha:** Memo Int. 38379 – 18/07/2017 Página: 2 de 4

1. NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: CENTRO DE CUIDADO TRANSITORIO SAMPER MENDOZA
MES: ENERO AÑO: 2026

2. Nombre del responsable del Seguimiento: LUZ ADRIANA RUIZ QUINCHIA 2. Cargo: NUTRICIONISTA

3. Desinfectante utilizado: Hipoclorito de sodio 3. Marca: Vimach
3. Lote: 1578111125

3. Fecha de vencimiento: N/A **3. Concentración: 5.25%**

4. Semana: 04 al 10 Mayo

5. Áreas, alimentos, espacios y elementos	L		M		M		J		V		S		D	
	Cantidad de agua (L)	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**
Frutas y verduras	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Bolsas de leche, empaques lácteos	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Equipos y utensilios	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Superficies	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
Baños	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200

6. OBSERVACIONES: Ninguna

ENCARGADO DEL SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD OPERATIVA:

Luz Adriana Ruiz Quinchia C.C 1032494170 _____ Nutricionista
NOMBRE Y C.C. FIRMA CARGO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	**PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES** **FORMATO SEGUIMIENTO A SOLUCIONES DESINFECTANTES**	**Código:** FOR-PSS-065 **Versión:** 0 **Fecha:** Memo Int. 38379 – 18/07/2017 Página: 3 de 4

1. NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: CENTRO DE CUIDADO TRANSITORIO SAMPER MENDOZA
MES: ENERO AÑO: 2026

2. Nombre del responsable del Seguimiento: LUZ ADRIANA RUIZ QUINCHIA 2. Cargo: NUTRICIONISTA

3. Desinfectante utilizado: Hipoclorito de sodio 3. Marca: Vimach
3. Lote: 1578111125

3. Fecha de vencimiento: N/A **3. Concentración: 5.25%**

4. Semana: 11 al 17 de Mayo

5. Áreas, alimentos, espacios y elementos	L		M		M		J		V		S		D	
	Cantidad de agua (L)	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**	**Cantidad de agua (L)**	**Cantidad desinfectante (ml)**
Frutas y verduras	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15		
Bolsas de leche, empaques lácteos	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2		
Equipos y utensilios	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9		
Superficies	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8		
Baños	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200		

6. OBSERVACIONES: Ninguna

ENCARGADO DEL SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD OPERATIVA:

Luz Adriana Ruiz Quinchia C.C 1032494170 _____ Nutricionista
NOMBRE Y C.C. FIRMA CARGO

UNIDAD OPERATIVA: CENTRO CUIDADO TRANSITORIO SAMPER MENDOZA

1. RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN: **LUZ ADRIANA RUIZ** | 2.FECHA: 12/05/2026

3.ASPECTO Y ÁREA A VERIFICAR		4. CALIFICACIÓN	5. ACTIVIDAD POR IMPLEMENTAR
3.A	AREA DE COCINA		
A.1	Aberturas entre puertas y piso (exteriores)	**1**	**NA**
A.2	Aberturas entre puertas y piso (interiores)	**1**	**NA**
A.3	Estado de los anjeos (mallas) de las ventanas de la cocina	**1**	**NA**
A.4	Los marcos de puertas y ventanas son herméticos.	**1**	**NA**
A.5	Paredes y techos de la cocina están libres de agujeros.	**1**	**NA**
A.6	Los techos de la cocina acoplan herméticamente con los muros.	**1**	**NA**
A.7	Estado de las rejillas de los sifones de la cocina.	**1**	**NA**
3.B	AREA DE BODEGA DE ALIMENTOS		
B.1	Estado de los anjeos (mallas) de las ventanas de la bodega de alimentos.	**1**	**NA**
B.2	Los marcos de puertas y ventanas son herméticos.	**1**	**NA**
B.3	Paredes y techos de la bodega están libres de agujeros.	**1**	**NA**
B.4	Los techos de la bodega de alimentos acoplan herméticamente con los muros.	**1**	**NA**
3.C	OTRAS AREAS		
C.1	Los techos de las demás áreas acoplan herméticamente con los muros.	**1**	**NA**
C.2	Empalmes de pisos y paredes libres de agujeros.	**1**	**NA**
C.3	Paredes interiores lisas libres de ranuras	**1**	**NA**

La calificación de la verificación es: 1 = ACEPTABLE 2 = NO ACEPTABLE

6. OBSERVACIONES	7. ACCIONES CORRECTIVAS (TIEMPO PROPUESTO)	8. RESPONSABLE(S)

Para diligenciar correctamente el Formato: VERIFICACIÓN DE HERMETICIDAD se debe tener en cuenta:
El formato permite verificar la hermeticidad de todas las áreas y espacios de la unidad operativa, mediante una verificación Mensual que prevenga y proteja las instalaciones del ingreso o aparición de plagas y evite los daños que puede generar su presencia, creando una acciones correctivas que impidan el ingreso de plagas, mediante la implementación de medidas preventivas y controladas de saneamiento ambiental.
En la parte superior del formato, en la casilla No. 1 se debe diligenciar el nombre de la persona responsable que realiza la verificación de hermeticidad.
En la casilla No. 2 se debe diligenciar la fecha en que se realiza la verificación de hermeticidad.
En las casillas de la columna No. 3 Se debe verificar la hermeticidad de todas las áreas, los espacios y aspectos de la unidad operativa. En esta columna se deben listar todas las áreas de la unidad operativa con el fin de aplicar el formato sin que quede ningún espacio por verificar la hermeticidad y así poder plantear una acción correctiva donde se requiera. El orden del listado de áreas se efectúa desde el 3.A en adelante con sus respectivos aspectos a considerar.
En las casillas No 4, corresponde a la calificación dada al aspecto, o área verificada para la hermeticidad de la siguiente manera: 1 = ACEPTABLE Y 2 = NO ACEPTABLE Y su valor se indicará en cada fila.
En la casilla número 5, que corresponde al título: ACTIVIDAD POR IMPLEMENTAR, se debe indicar las acciones o actividades que se encuentran con posibles fallas o inconvenientes y que presentan una calificación de 2= NO ACEPTABLE.
En la casilla número 6, OBSERVACIONES, se listan las observaciones, fallas o inconvenientes presentados, en especial las calificaciones dadas con número 2, las cuales tendrán que verificarse y controlarse.
En la casilla 7 se indican cada una de las ACCIONES CORRECTIVAS que se deben implementar para corregir posibles fallas, a lo cual debe mencionarse un tiempo determinado para su realización.
En la casilla 8 se describe el nombre del o los responsables de la acción correctiva.