REGISTRO PROGRAMA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA: Grupo Libertad | LUGAR: HCB Juguetines | MES: Junio.

Instrucciones: Diligenciar en el espacio en blanco la fecha en la cual se realizó la actividad de limpieza y desinfección.

REGISTRO

ESPACIO/ELEMENTO/EQUIPO	1ª Semana					2ª Semana					3ª Semana					4ª Semana					5ª 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	1			4				10					17												
SUPERFICIES-MESONES	1			4				10					17												
EQUIPOS DE COCINA	1			4				10					17												
BAÑO	1			4				10					17												
MESAS, SILLAS Y ESTANTERIAS	1			4				10					17												
LAVAMANOS Y ACCESORIOS	1			4				10					17												
SANITARIO	1			4				10					17												
TRAMPA DE GRASAS Y DEMAS SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUA	1			4				10					17												
LAVAPLATOS	1			4				10					17												
MENAJE	1			4				10					17												
CANECA ALMACENAMIENTO DE AGUA	1			4				10					17												
FRUTAS, VERDURAS, HUEVOS	1			4				10					17												
ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL (si aplica)	1			4				10					17												
CANECAS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS	1			4				10					17												
ELEMENTOS DE ASEO (TRAPERO, ESCOBAS, CEPILLO, RECOGEDOR Y LIMPIONES)	1			4				20					17												
COLCHONETAS	1			4				10					17												
JUGUETES	1			4				10					17												
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO								10					17												
OBSERVACIONES DE VERIFICACIÓN	Se observa un espacio limpio.																								
ACCION DE MEJORA																									

Leidy Johana Castro R.
Nombre
Cedula 1079509614

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
Los datos personales suministrados serán tratados de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales del COMFAMILIAR

Powered by CamScanner

FORMATO CONTROL FISICO DE PLAGAS Y VECTORES

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	Fu. Grupo Libertad	LUGAR:	HCB Chiquinquirá	FECHA:	Junio

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							
BAÑO	C		C		C		C		C		C		C							
SALA COMEDOR	C		C		C		C		C		C		C							
SALONES	C		C		C		C		C		C		C							
AREA ADMINISTRATIVA	C		C		C		C		C		C		C							
EXTERIORES	C		C		C		C		C		C		C							
CUARTO ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS	C		C		C		C		C		C		C							
(Incluir demás áreas)																				
(Incluir demás áreas)																				
RESPÓNSABLE DE VERIFICACIÓN	Leidy Castro Rios																			

Leidy Johana Castro Rios
Nombre
Cedula 1.079.509.614

Powered by CamScanner

PROGRAMA DESECHOS SÓLIDOS

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA: Grupo Libertad | LUGAR: HCB Chigorines | MES: Junio

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	VERIFICACION																									
	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													
BAÑOS	C			C			C		C				C													
SALON	C			C			C		C				C													
COMEDOR	C			C			C		C				C													
AREA ADMINISTRATIVA	C			C			C		C				C													
CUARTO DE RESIDUOS	C			C			C		C				C													
EXTERIORES	C			C			C		C				C													
PATIO	C			C			C		C				C													

CRITERIOS DE EVALUACION

Tener en cuenta:
Estado de las canecas. (Limpios, con tapas, con su respectiva bolsa)Capacidad adecuada del contenedor
Ubicación de los contenedores

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															3
KILOS DE RESIDUOS ORDINARIOS	1					1					1															3
KILOS DE RESIDUOS PLASTICOS	1					1					1															3
KILOS DE RESIDUOS PAPEL Y CARTON	1					1					1															3
KILOS DE CEITE DE COCINA USADO (FRASCOS)	1					1					1															3
KILOS DE RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES	1					1					1															3
TOTAL RESIDUOS DIA	6					6					6															18

PROGRAMA RESIDUOS SOLIDOS

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA: Grupo Libertad | LUGAR: Chigorines

TIPO DE RESIDUO	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	MECANISMO DE APROVECHAMIENTO, ELIMINACIÓN Y/O DISPOSICIÓN FINAL
RESIDUOS ORGANICOS	3	1 8 15	Basura
RESIDUOS ORDINARIOS	3	1 8 15	Basura
RESIDUOS PLASTICOS	3	1 8 15	Basura
RESIDUOS PAPEL Y CARTON	3	1 8 15	Basura
CEITE DE COCINA USADO (FRASCOS)	3	1 8 15	Basura
RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES			

Lerdy Johana Castro
Nombre
Cedula 1.079509614

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 SGSI Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

REGISTRO PROGRAMA ABASTECIMIENTO O SUMINISTRO DE AGUA POTABLE

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	F. Grupo Libertad	LUGAR:	HCB Chiguirines	MES	Junio

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

RESPORTES MANTENIMIENTO, LAVADO Y DESINFECCIÓN

ELEMENTO	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
Redes hidrosanitarias	4. 8 10	lavado tanques.	
Tanques elevados	18 10		
Tanques subterráneos	18 10		
Purificadores y/o filtros de agua	18 10		

Leidy Johana Castro Ros
Nombre
Cedula 1.079509614

Powered by CamScanner