REGISTRO PROGRAMA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	Fundación Grupo libertad	LUGAR:	H.C.13. Sueños Mágicos	MES:	Junio

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	1	2	3	4	5		9	10	11	12		16	17	18	19											
SUPERFICIES-MESONES	1	2	3	4	5		9	10	11	12		16	17	18	19											
EQUIPOS DE COCINA	1	2	3	4	5		9	10	11	12		16	17	18	19											
BAÑO	1	2	3	4	5		9	10	11	12		16	17	18	19											
MESAS, SILLAS Y ESTANTERIAS					5					12					19											
LAVAMANOS Y ACCESORIOS	1	2	3	4	5		9	10	11	12		16	17	18	19											
SANITARIO	1	2	3	4	5		9	10	11	12		16	17	18	19											
TRAMPA DE GRASAS Y DEMAS SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUA																										
LAVAPLATOS	1	2	3	4	5		9	10	11	12		16	17	18	19											
MENAJE	1	2	3	4	5		9	10	11	12		16	17	18	19											
CANECA ALMACENAMIENTO DE AGUA					5					12					19											
FRUTAS, VERDURAS, HUEVOS	1	2	3	4	5		9	10	11	12		16	17	18	19											
ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL (si aplica)					5					12					19											
CANECAS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS			3		5			10		12			17		19											
ELEMENTOS DE ASEO (TRAPERO, ESCOBAS, CEPILLO, RECOGEDOR Y LIMPIONES)	1	2	3	4	5		9	10	11	12		16	17	18	19											
COLCHONETAS					5					12					19											
JUGUETES					5					12					19											
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO	Lida Cano																									
OBSERVACIONES DE VERIFICACIÓN																										
ACCION DE MEJORA																										

Nombre
Cedula

Powered by CamScanner

REGISTRO PROGRAMA ABASTECIMIENTO O SUMINISTRO DE AGUA POTABLE

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	Fundacion grupo libertad	LUGAR:	H.C.B. Sueños Magicos	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

VERIFICACIÓN CALIDAD DEL AGUA

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

RESPORTES MANTENIMIENTO, LAVADO Y DESINFECCIÓN

ELEMENTO	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
Redes hidrosanitarias	cada año	Lo lavan y le hacen mantenimiento	
Tanques elevados	Julio	se lava cada 3 meses.	
Tanques subterráneos	cada año	Lo lavan cada año	
Purificadores y/o filtros de agua			

Nombre
Cedula

Powered by CamScanner

PROGRAMA DESECHOS SÓLIDOS

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	fundación grupo libertad	LUGAR:	H.C.B Sueños Magicos	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	VERIFICACIÓN																										CRITERIOS DE EVALUACION
	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												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.
BAÑOS	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												
COMEDOR	C	C	C	C	C		C	C	C	C		C	C	C	C												
AREA ADMINISTRATIVA																											
CUARTO DE RESIDUOS																											
EXTERIORES	C	C	C	C	C		C	C	C	C		C	C	C	C												
PATIO	C	C	C	C	C		C	C	C	C		C	C	C	C												

PESO DE RESIDUOS SOLIDOS GENERADOS (Kg)																											TOTAL MES
TIPO DE RESIDUO	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	
KILOS DE RESIDUOS ORGANICOS	1	1	1	1	1		1	1	1	1		1	1	1	1												0
KILOS DE RESIDUOS ORDINARIOS	1	1	1	1	1		1	1	1	1		1	1	1	1												0
KILOS DE RESIDUOS PLASTICOS					1					1					1												0
KILOS DE RESIDUOS PAPEL Y CARTON										1																	0
KILOS DE CEITE DE COCINA USADO (FRASCOS)										1																	0
KILOS DE RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES																											0
TOTAL RESIDUOS DÍA																											

PROGRAMA RESIDUOS SOLIDOS

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	fundacion grupo libertad	LUGAR:	H.C.B. Sueños Magicos.

TIPO DE RESIDUO	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	MECANISMO DE APROVECHAMIENTO, ELIMINACIÓN Y/O DISPOSICIÓN FINAL
RESIDUOS ORGANICOS	5 Kilos.	diario	Para los animales se desechan.
RESIDUOS ORDINARIOS	5 Kilos	diario	
RESIDUOS PLASTICOS	3 Kilos	semanal	se reutilizan
RESIDUOS PAPEL Y CARTON	2 Kilos	semanal	
CEITE DE COCINA USADO (FRASCOS)			
RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES	todo	daño	

Nombre
Cedula

Antes de imprimir este documento

Powered by CamScanner

FORMATO CONTROL FISICO DE PLAGAS Y VECTORES

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:		LUGAR:		FECHA:	

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		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				X			
BAÑO	X		X		X		X		X		X		X				X			
SALA COMEDOR	X		X		X		X		X		X		X				X			
SALONES	X		X		X		X		X		X		X				X			
AREA ADMINISTRATIVA																				
EXTERIORES																				
CUARTO ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS																				
(Incluir demás áreas)																				
(Incluir demás áreas)																				
RESPÓNSABLE DE VERIFICACIÓN	fida patricia Cano																			

Nombre
Cedula

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner



Powered by CamScanner



Powered by CamScanner



Powered by CamScanner