PROGRAMA DESECHOS SÓLIDOS

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA: carbellas | LUGAR: HCB Picardías | MES: Mayo

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					CRITERIOS DE EVALUACION
	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		Tener en cuenta: Estado de las canecas (Limpios, con tapas, con su respectiva bolsa)Capacidad adecuada del contenedor Ubicación de los contenedores
BAÑOS						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		
COMEDOR						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		
CUARTO DE RESIDUOS						NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA		NA	NA	NA			NA	NA	NA	NA		Para los espacios de almacenamiento verificar la organización, limpieza, ventilación, señalización, control de vectores, entre otros.
EXTERIORES																										
INCLUIR OTROS ESPACIOS																										
INCLUIR OTROS ESPACIOS																										

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						7K	2K	7K	7K	7K	7K	7K	2K	7K		7K	2K	2K			7K	2K	2K	2K		82 Kilos
KILOS DE RESIDUOS ORDINARIOS						20	30	40	50	30	20	40	30	20		30	20	30			20	30	25	30		470 Gramos
KILOS DE RESIDUOS PLASTICOS																										
KILOS DE RESIDUOS PAPEL Y CARTON																										
KILOS DE CEITE DE COCINA USADO (FRASCOS)																										
KILOS DE RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES						NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA		NA	NA	NA			NA	NA	NA	NA		
TOTAL RESIDUOS DIA																										

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			
RESIDUOS ORDINARIOS			
RESIDUOS PLASTICOS			
RESIDUOS PAPEL Y CARTON			
CEITE DE COCINA USADO (FRASCOS)			
RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES			

Graciela Guzman
Nombre
Cedula

Powered by CamScanner

REGISTRO PROGRAMA ABASTECIMIENTO O SUMINISTRO DE AGUA POTABLE

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	covhuellas	LUGAR:	#CB picardos	MES:	Mayo

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

RESPORTES MANTENIMIENTO, LAVADO Y DESINFECCIÓN

ELEMENTO	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
Redes hidrosanitarias			
Tanques elevados	4-05-2026	Jabon limpido escoba	Ninguna
Tanques subterráneos			
Purificadores y/o filtros de agua			
(incluir otros)			

Graciela Guzman
Nombre
Cedula

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 DECRETO 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

REGISTRO PROGRAMA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	Covhuellas	LUGAR:	HCB Polcarpias	MES:	Mayo

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						4	5	6	7	8	13	12	13	14	15		19	20	21		23	26	27	28		
SUPERFICIES-MESONES						4	5	6	7	8	12	12	13	14	15		19	20	21		23	26	27	28		
EQUIPOS DE COCINA						4	5	6	7	8	11	12	13	14	15		19	20	21		23	26	27	28		
BAÑO						4	5	6	7	8	11	12	13	14	15		19	20	21		23	26	27	29		
MESAS, SILLAS Y ESTANTERIAS						4	5	6	7	8	11	12	13	14	15		19	20	21		23	26	27	28		
LAVAMANOS Y ACCESORIOS																										
SANITARIO																										
TRAMPA DE GRASAS Y DEMAS SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUA																										
LAVAPLATOS																										
MENAJE																										
CANECA ALMACENAMIENTO DE AGUA																										
FRUTAS, VERDURAS, HUEVOS																										
ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL																										
CANECAS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS																										
ELEMENTOS DE ASEO (TRAPERO, ESCOBAS, CEPILLO, RECOGEDOR Y LIMPIONES)																										
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO																										
OBSERVACIONES DE VERIFICACIÓN																										
ACCION DE MEJORA																										

Graciela Guzman
Nombre
Cedula 26872081

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

Powered by CamScanner

FORMATO CONTROL FISICO DE PLAGAS Y VECTORES

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	coyhuellas	LUGAR:	HCB Picardias	FECHA:	5-05-2026

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	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	NOA		NOA		NOA		NOA		NOA		NOA		NOA							
EXTERIORES																				
CUARTO ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS																				
(Incluir demás áreas)																				
(Incluir demás áreas)																				
RESPÓNSABLE DE VERIFICACIÓN																				

Gisela Guzman
Nombre
Cedula

Powered by CamScanner