REGISTRO PROGRAMA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	Cohuella	LUGAR:	Palasitos	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	11	12	13	14	15		19	20	21	22	25	26	27	29	
SUPERFICIES-MESONES						4	5	6	7	8	11	12	13	14	15		19	20	21	22	25	26	27	29	
EQUIPOS DE COCINA						4	5	6	7	8	11	12	13	14	15		19	20	21	22	25	26	27	28	
BAÑO						4	5	6	7	8	11	12	13	14	15		19	20	21	22	25	26	27	28	
MESAS, SILLAS Y ESTANTERIAS						4	·		7	·	11	·					19	·	·		25	·			
LAVAMANOS Y ACCESORIOS						4	5	6	7	8	11	12	13	14	15		19	20	21	22	25	26	27	28	
SANITARIO						4	5	6	7	8	11	12	13	14	15		19	20	21	22	25	26	27	28	
TRAMPA DE GRASAS Y DEMAS SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUA						4	·				11	·					19	·			25	·			
LAVAPLATOS						4	·				11	·					19	·			25	·			
MENAJE						4	·				11	·					19	·			25	·			
CANECA ALMACENAMIENTO DE AGUA						4	·				11	·					19	·			25	·			
FRUTAS, VERDURAS, HUEVOS						4	5	6	7	8	11	12	13	14	15		19	20	21	22	25	26	27	28	
ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL (si aplica)						4	5	6	7	8	11	12	13	14	15		19	20	21	22	25	26	27	28	
CANECAS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS						4	·				11	·					19	·			25	·			
ELEMENTOS DE ASEO (TRAPERO, ESCOBAS, CEPILLO, RECOGEDOR Y LIMPIONES)						4	5	6	7	8	11	12	13	14	15		19	20	21	22	25	26	27	28	
(Incluir demás elementos)																									
(Incluir demás elementos)																									
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO																									
OBSERVACIONES DE VERIFICACIÓN																									
ACCION DE MEJORA																									

Nombre: Lida Salva
Cedula: 1081730249

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera COPIA CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

PROGRAMA DESECHOS SÓLIDOS

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	coihuelles	LUGAR:	pallus. fos	MES:	Marzo

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				
	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																									
BAÑOS																									
SALON																									
COMEDOR																									
AREA ADMINISTRATIVA																									
CUARTO DE RESIDUOS																									
EXTERIORES																									
OTROS (¿CUÁLES?)																									
OTROS (¿CUÁLES?)																									

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

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, señalización, 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																										
KILOS DE RESIDUOS ORDINARIOS																										
KILOS DE RESIDUOS PLASTICOS																										
KILOS DE RESIDUOS PAPEL Y CARTON																										
KILOS DE CEITE DE COCINA USADO (FRASCOS)	7					7										7.										
KILOS DE RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES																										
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			

Lida Silva
Nombre
Cedula 1081730215

Powered by CamScanner

REGISTRO PROGRAMA ABASTECIMIENTO O SUMINISTRO DE AGUA POTABLE

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	cohvellas	LUGAR:	pallus. for	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	C	C	C	C						
OLOR		C	C	C	C	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	C	C	C	C						
PRESENCIA DE MATERIA EXTRAÑA																											
CLORO RESIDUAL INDIQUE RESULTADO	DATO																										
	CUMPLE O NO CUMPLE	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		C	C	C	C	C	C	C	C	C						

RESPORTES MANTENIMIENTO, LAVADO Y DESINFECCIÓN

ELEMENTO	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
Redes hidrosanitarias	N/A		
Tanques elevados	N/A		
Tanques subterráneos	N/A		
Purificadores y/o filtros de agua	N/A		
(Incluir otros)			

Nombre: Ledy Salud
Cedula: 1081730245

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

Cualquier copia impresa de este documento es

LOS DATOS PROPORCIONADOS

Powered by CamScanner

FORMATO CONTROL FISICO DE PLAGAS Y VECTORES

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	corhuelg	LUGAR:	palasito	FECHA:	Mallo '

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

Nombre: Leda Silva
Cedula: 1081730218

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 ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner