REGISTRO PROGRAMA ABASTECIMIENTO O SUMINISTRO DE AGUA POTABLE

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR	**LUGAR:**	**HI ESTRELLITAS DE COLORES**	**MES:**	**ABRIL**

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**																									
		1° Semana					**2° Semana**					**3° Semana**					**4° Seman a**					**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	C				
OLOR		C	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	C				
PRESENCIA DE MATERIA EXTRAÑA		C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		C	C	C	C	C				
CLORO RESIDUAL INDIQUE RESULTADO	**DATO**																									
	CUMPLE O NO CUMPLE																									