ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTA D.C SECRETARIA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS	Código: FOR-PSS-068 Versión: 1 Fecha: Memo Int 33907 – 15/06/2018 Página: 1 de 9

1. NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: Centro Comunidad de Cuidado Hogar Casa Santa María

MES: Diciembre **AÑO:** 2023

2. Nombre del responsable del diligenciamiento: William Alexander Henao Alonso

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 01 al 03							3. Semana Dos del 04 al 10							3. Semana Tres del 11 al 17							3. Semana Cuatro del 18 al 24							3. Semana Cinco del 25 al 31						
	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
HABITACIONES 1-2-3 / AREAS COMUNES – PRIMERA PLANTA																																		
Pisos					1			1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			
Paredes					NA			NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA			
Techo					NA			NA	NA	1	NA				NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	1	NA	NA			
Ventanas					NA			NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	1	NA			
Puertas					1			NA	NA	NA	NA				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	1			
Camas					1			NA	NA	NA	NA				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	1			
Colchón					NA			NA	NA	1	NA				NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	1	NA	NA			
Tendidos y Sábanas					NA			NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	1	NA			
Lámparas/Bombillos					NA			NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA			
Muebles					1			1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			
Punto Ecológico					1			1	NA	1	NA				1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			NA	1	NA	1			
BAÑOS PRIMERA PLANTA																																		
Pisos					1			1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			
Paredes					NA			NA	NA	NA	NA				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	1			

La calificación de la verificación es: 1 = ACEPTABLE, 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 01 al 03							3. Semana Dos del 04 al 10							3. Semana Tres del 11 al 17							3. Semana Cuatro del 18 al 24							3. Semana Cinco del 25 al 31						
	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
Techo					NA			NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA		
Ventanas					NA			NA	NA	1	NA				NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA		
Lavamanos					1			1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1		
Sanitarios/Inodoro					1			1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1		
Papelera					1			1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1		
Lámpara/Bombillo					NA			NA	NA	1	NA				NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA		
Puertas					NA			NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA				NA	NA	1	NA		
HABITACIONES – AREAS COMUNES																																		
Pisos					1			1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1		
Paredes					NA			1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA				NA	NA	NA	NA		
Techo					NA			NA	NA	NA	NA				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	1		
Ventanas					NA			NA	NA	1	NA				NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA		
Puertas					NA			NA	NA	1	NA				NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA		
Camas					NA			NA	NA	1	NA				NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA		
Colchón					NA			NA	NA	1	NA				NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA		
Tendidos y Sábanas					NA			NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA				NA	NA	1	NA		
Lámparas/Bombillos					NA			NA	NA	1	NA				NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	NA	NA	NA				NA	NA	NA	NA		
Sillas y Mesas					1			1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	NA	1	1				1	NA	1	1		
Punto Ecológico					1			1	NA	1	NA				1	NA	1	NA	1			1	NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	1		
BAÑO SEGUNDO PISO																																		

La calificación de la verificación es: 1 = ACEPTABLE, 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 01 al 03							3. Semana Dos del 04 al 10							3. Semana Tres del 11 al 17							3. Semana Cuatro del 18 al 24							3. Semana Cinco del 25 al 31						
	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
Pisos					1			1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1		
Paredes					NA			1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA				NA	NA	NA	NA		
Techo					NA			NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA		
Ventanas					NA			NA	NA	1	NA				NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA		
Lavamanos					1			1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1		
Sanitarios/Inodoro					1			1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1		
Papelera					1			1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1		
Puertas					NA			NA	NA	1	NA				NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA		
OFICINA TERCER PISO / AREAS DE ARCHIVO / COORDINACIÓN / OFICINA PROFESIONALES																																		
Pisos					1			1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1		
Paredes					NA			1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA				NA	NA	NA	NA		
Techo					NA			NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA		
Ventanas					NA			NA	NA	1	NA				NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA		
Lámparas/Bombillos					NA			NA	NA	1	NA				NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA		
Archivadores					1			NA	NA	1	NA				NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA		
Muebles					1			1	1	1	1				1	1	1	NA	1			1	1	1	NA	1				1	1	NA	1		
Puertas					NA			NA	NA	1	NA				NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA		
Baños					1			1	1	1	1				1	1	1	NA	1			1	1	1	NA	1				1	1	NA	1		

La calificación de la verificación es: 1 = ACEPTABLE, 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 01 al 03							3. Semana Dos del 04 al 10							3. Semana Tres del 11 al 17							3. Semana Cuatro del 18 al 24							3. Semana Cinco del 25 al 31						
	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
AREA DE ENFERMERÍA																																		
Pisos					1			NA	1	1	1				NA	1	1	1	1			NA	1	1	1	1				1	1	1	1		
Paredes					NA			1	1	NA	NA				1	1	NA	NA	NA			1	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA		
Techo					NA			NA	NA	1	NA				NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA		
Puertas					NA			1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA				NA	NA	NA	NA		
Camilla					NA			1	1	NA	NA				1	1	NA	NA	NA			1	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA		
Vitrinas					NA			1	1	NA	NA				1	1	NA	NA	NA			1	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA		
Botiquín					NA			NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA		
Escritorios					1			1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1		
Baño					1			1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1	1	1		
TALLER DE MANUALIDADES																																		
Pisos					1			1	1	1	1				1	1	1	1				1	1	1	1	1				1	1	1	1		
Paredes					NA			NA	1	NA	NA				NA	1	NA	1				NA	1	NA	NA	1				1	NA	NA	1		
Techo					NA			NA	NA	1	NA				NA	NA	1	1				NA	NA	1	NA	NA				NA	NA	NA	NA		
Ventanas					NA			NA	NA	1	NA				NA	NA	1	1				NA	NA	1	1	1				NA	1	1	1		
Sillas					1			1	1	1	1				1	1	1	1				1	1	1	1	1				1	1	1	1		
Mesas					1			1	1	1	1				1	1	1	1				1	1	1	1	1				1	1	1	1		
ZONA DE LOCKERS																																		
Pisos					1			1	1	1	1				1	1	1	1				1	1	1	1	1				1	1	1	1		
Paredes					NA			NA	1	NA	NA				NA	1	NA	1				NA	1	NA	NA	1				1	NA	NA	1		

La calificación de la verificación es: 1 = ACEPTABLE, 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 01 al 03							3. Semana Dos del 04 al 10							3. Semana Tres del 11 al 17							3. Semana Cuatro del 18 al 24							3. Semana Cinco del 25 al 31						
	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
Techo					NA			NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA			
Lockers					1			NA	NA	NA	NA				NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	1	NA			
PATIO																																			
Pisos					1			1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			
Paredes					1			1	NA	1	NA				1	NA	1	1	NA			1	NA	1	1	NA			NA	1	1	NA			
Techo					1			1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA			NA	NA	NA	NA			
Puertas					1			1	NA	1	NA				1	NA	1	1	NA			1	NA	1	1	NA			NA	1	1	NA			
Ventanas					1			NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA			
Sillas					1			NA	NA	1	NA				NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	1	NA	NA			
Canaleta de drenaje					1			1	NA	NA	NA				1	NA	NA	1	NA			1	NA	NA	1	NA			NA	NA	1	NA			
COMEDOR																																			
Pisos					1			1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			
Paredes					NA			1	NA	NA	NA				1	NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA			NA	NA	NA	NA			
Techo					NA			NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA			
Puerta					NA			NA	NA	1	NA				NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	1	NA	NA			
Canecas					NA			NA	NA	1	1				NA	NA	1	1	1			NA	NA	1	1	1			NA	1	1	1			
Ventanas					NA			NA	NA	1	NA				NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	1	NA	NA			
Muebles					1			1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			
Mesas					1			1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			
Sillas					1			1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			
Mesón					1			1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			

La calificación de la verificación es: 1 = ACEPTABLE, 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 01 al 03							3. Semana Dos del 04 al 10							3. Semana Tres del 11 al 17							3. Semana Cuatro del 18 al 24							3. Semana Cinco del 25 al 31						
	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
Estufa					1			1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			
Peto					NA			NA	NA	1	NA				NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	1	NA	NA			
Menaje					1			1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			
Horno					NA			NA	NA	1	NA				NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	1	NA	NA			
Mesón de Servicio					1			1	1	1	NA				1	1	1	NA	1			1	1	1	NA	1			1	1	1	1			
LAVANDERIA																																			
Pisos					1			1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			
Paredes					NA			NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA			
Techo					NA			NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA			
Puertas					NA			NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA			
Ventanas					NA			NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA			
Estibas Plásticas					NA			NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA			
Contenedores Plásticos					NA			NA	1	NA	NA				NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA			
Dura kart					NA			NA	1	1	NA				NA	1	1	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA			
Lavadora					1			1	NA	1	NA				1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			NA	1	NA	1			
Secadora					NA			NA	NA	1	NA				NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	1	NA	NA			
Baño					1			1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			
CARTO ALMACENAMIENTO TEMPORAL DE RESIDUOS ORDINARIOS																																			

La calificación de la verificación es: 1 = ACEPTABLE, 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 01 al 03							3. Semana Dos del 04 al 10							3. Semana Tres del 11 al 17							3. Semana Cuatro del 18 al 24							3. Semana Cinco del 25 al 31						
	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
Piso					1			1	NA	1	NA				1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1				NA	1	NA	1		
Paredes					1			1	NA	1	NA				1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1				NA	1	NA	1		
Techo					1			1	NA	1	NA				1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1				NA	1	NA	1		
Puerta					1			1	NA	1	NA				1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1				NA	1	NA	1		
Lámparas/Bombillos					1			1	NA	1	NA				1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1				NA	1	NA	1		
Canecas					1			1	NA	1	NA				1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1				NA	1	NA	1		
CARTO ALMACENAMIENTO TEMPORAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS																																		
Piso					1			1	NA	1	NA				1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1				NA	1	NA	1		
Paredes					1			1	NA	1	NA				1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1				NA	1	NA	1		
Techo					1			1	NA	1	NA				1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1				NA	1	NA	1		
Puerta					1			1	NA	1	NA				1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1				NA	1	NA	1		
Lámparas/Bombillos					1			1	NA	1	NA				1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1				NA	1	NA	1		
Canecas					1			1	NA	1	NA				1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1				NA	1	NA	1		
GIMNASIO																																		
Máquinas y Equipos					1			NA	NA	NA	NA				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	1		
Piso					1			NA	NA	NA	NA				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	1		
Paredes					1			NA	NA	NA	NA				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	1		
Techo					1			NA	NA	NA	NA				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1				NA	NA	NA	1		

La calificación de la verificación es: 1 = ACEPTABLE, 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

4. Áreas, alimentos, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 01 al 03							3. Semana Dos del 04 al 10							3. Semana Tres del 11 al 17							3. Semana Cuatro del 18 al 24							3. Semana Cinco del 25 al 31						
	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
Espejo					1			NA	NA	NA	NA				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	1			
Lámparas/Bombillos					1			NA	NA	NA	NA				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	1			
Baño					1			NA	NA	NA	NA				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	1			
Oficina					1			1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			
Camillas					1			1	1	1	1				1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1			
Colchonetas					1			NA	NA	NA	NA				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	1			
Balones					1			NA	NA	NA	NA				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	1			
SALA SENSORIAL																																		
Piso					1			NA	NA	NA	NA				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	1			
Paredes					1			NA	NA	NA	NA				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	1			
Techo					1			NA	NA	NA	NA				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	1			
Lámparas/Bombillos					1			NA	NA	NA	NA				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	1			
Puerta					1			NA	NA	NA	NA				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	1			
Equipos					1			NA	NA	NA	NA				NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	1			

La calificación de la verificación es: 1 = ACEPTABLE, 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

5. OBSERVACIONES	6. ACCIONES CORRECTIVAS (TIEMPO PROPUESTO)	7. RESPONSABLE(S)