ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA 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: Marzo **AÑO:** 2024

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				
Paredes					NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA				
Techo					NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1				
Ventanas					NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA				NA	NA				
Puertas					1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1				NA	NA				
Camas					1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1				NA	NA				
Colchón					NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1				
Tendidos y Sábanas					NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA				NA	NA				
Lámparas/Bombillos					NA			NA	NA	NA	NA	NA			NA	NA	NA	NA	NA			NA	NA	NA	NA	NA				NA	NA				
Muebles					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			1	NA	1	NA	1			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				
Paredes					1			NA	1	NA	1	NA			NA	1	NA	1	NA			NA	1	NA	1	NA				1	NA				

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																																			
Ventanas																																			
Lavamanos																																			
Sanitarios/Inodoro																																			
Papelera																																			
Lámpara/Bombillo																																			
Puertas																																			
HABITACIONES – AREAS COMUNES																																			
Pisos																																			
Paredes																																			
Techo																																			
Ventanas																																			
Puertas																																			
Camas																																			
Colchón																																			
Tendidos y Sábanas																																			
Lámparas/Bombillos																																			
Sillas y Mesas																																			
Punto Ecológico																																			
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				
Paredes					NA			1	1	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA				NA	NA				
Techo					NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA				
Ventanas					NA			NA	1	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1				
Lavamanos					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				
Papelera					1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1				
Puertas					NA			NA	1	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1				
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				
Paredes					NA			1	NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA				NA	NA				
Techo					NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA				
Ventanas					NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA				
Lámparas/Bombillos					NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA				
Archivadores					NA			NA	1	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1				
Muebles					1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1				
Puertas					NA			NA	1	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1				
Baños					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.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA 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: 4 de 9

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			1	1	1	1	1			1	1	1	NA	1			1	1	1	1	1				1	NA				
Paredes					NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA				
Techo					NA			NA	1	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1				
Puertas					NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	ND				1	NA				
Camilla					NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA				
Vitrinas					NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA				
Botiquín					NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA				
Escritorios					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				
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			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA				
Techo					NA			NA	1	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1				
Ventanas					NA			NA	1	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	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					1			1	1	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			NA	NA	1	NA	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.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA 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: 5 de 9

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			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA				
Lockers					NA			NA	1	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA				NA	NA				
PATIO																																		
Pisos					1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1				
Paredes					NA			NA	1	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA				NA	NA				
Techo					NA			1	1	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA			1	NA	NA	NA	NA				NA	NA				
Puertas					NA			NA	1	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA				NA	NA				
Ventanas					NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA				
Sillas					NA			NA	1	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1				
Canaleta de drenaje					NA			1	1	NA	1	NA			1	NA	NA	1	NA			1	NA	NA	1	NA				NA	NA				
COMEDOR																																		
Pisos					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	NA	NA			NA	NA	NA	NA	NA				NA	NA				
Techo					NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA				
Puerta					NA			NA	1	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1				
Canecas					NA			NA	1	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1				
Ventanas					NA			NA	1	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA			NA	NA	1	NA	NA				NA	1				
Muebles					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				
Sillas					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				

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.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA 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: 6 de 9

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				
Peto					NA			NA	NA	1	NA	NA			ND	ND	1	NA	ND			ND	ND	1	ND	ND				NA	1				
Menaje					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			ND	ND	1	NA	NA			ND	ND	1	ND	ND				NA	1				
Mesón de Servicio					1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	1				
LAVANDERIA																																			
Pisos					1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1				1	NA				
Paredes					NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA				
Techo					NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA				
Puertas					NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA				
Ventanas					NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA				
Estibas Plásticas					NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA				
Contenedores Plásticos					NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA				
Dura kart					NA			NA	1	NA	NA	ND			NA	1	NA	NA	NA			NA	1	NA	NA	NA				1	NA				
Lavadora					NA			NA	NA	NA	1	NA			NA	NA	NA	1	NA			ND	ND	NA	1	ND				NA	NA				
Secadora					NA			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	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				
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	1	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			NA	1					
Paredes					1			1	1	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			NA	1					
Techo					1			1	1	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			NA	1					
Puerta					1			1	1	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			NA	1					
Lámparas/Bombillos					1			1	1	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			NA	1					
Canecas					1			1	1	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			NA	1					
CARTO ALMACENAMIENTO TEMPORAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS																																			
Piso					1			1	1	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			NA	1					
Paredes					1			1	1	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			NA	1					
Techo					1			1	1	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			NA	1					
Puerta					1			1	1	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			NA	1					
Lámparas/Bombillos					1			1	1	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			NA	1					
Canecas					1			1	1	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			1	NA	1	NA	1			NA	1					
GIMNASIO																																			
Máquinas y Equipos					1			NA	1	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA					
Piso					1			NA	1	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA					
Paredes					1			NA	1	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA					
Techo					1			NA	1	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA					

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.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA 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: 8 de 9

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	1	NA	ND	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA					
Lámparas/Bombillos					1			NA	1	NA	ND	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA					
Baño					1			NA	1	NA	ND	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA					
Oficina					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					
Colchonetas					1			NA	1	NA	ND	1			ND	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA					
Balones					1			NA	1	NA	ND	1			ND	ND	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA					
SALA SENSORIAL																																			
Piso					1			NA	1	NA	ND	1			ND	ND	NA	NA	1			ND	NA	NA	NA	1			NA	NA					
Paredes					1			NA	1	NA	ND	1			ND	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA					
Techo					1			NA	1	NA	ND	1			ND	ND	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA					
Lámparas/Bombillos					1			NA	1	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA					
Puerta					1			NA	1	NA	ND	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA	NA	NA	1			NA	NA					
Equipos					1			NA	1	NA	NA	1			ND	ND	NA	NA	1			ND	ND	NA	NA	1			NA	NA					

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)