REGISTRO PROGRAMA ABASTECIMIENTO O SUMINISTRO DE AGUA POTABLE

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA	LUGAR:	CDI MI PEQUEÑO VALLE ESCONDIDO	MES	Julio

PRESENCIA DE MATERIA EXTRAÑA

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	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																										
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	C	

RESPORTES MANTENIMIENTO, LAVADO Y DESINFECCIÓN

ELEMENTO	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
Redes hidrosanitarias			
Tanques elevados			
Tanques subterráneos			
Purificadores y/o filtros de agua			

Lidsady Haleineed Guzmán Álvarez
; Psicóloga
T.P No.213215

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 DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

REGISTROS PLAN DE SANEAMIENTO

F40.G
Ver1
Página 1
23/09/
Clasificación de la inform
Pi

PROGRAMA DESECHOS SÓLIDOS

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA	LUGAR:	CDI MI PEQUEÑO VALLE ESCONDIDO	MES:	Julio

Indicaciones de diligenciamiento: Identificar de acuerdo con los criterios de evaluación el cumplimiento de los aspectos 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																									CRITERIOS DE EVALUACION
	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			C	C	C	C	C	C	C	C		C	C	C	C		C	C	C	C	C	C	C	C	C		Tener en cuenta: Estado de los canecos (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, señalizado, control de vectores, entre otros
BAÑOS			C	C	C	C	C	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	C	C	C	C	C	
COMEDOR			C	C	C	C	C	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	C	C	C	C	C	
CUARTO DE RESIDUOS			C	C	C	C	C	C	C	C		C	C	C	C		C	C	C	C	C	C	C	C	C	
EXTERIORES			C	C	C	C	C	C	C	C		C	C	C	C		C	C	C	C	C	C	C	C	C	
PATIO			C	C	C	C	C	C	C	C		C	C	C	C		C	C	C	C	C	C	C	C	C	

PESO DE RESIDUOS SOLIDOS GENERADOS (Kg)																										TOTAL MES
TIPO DE RESIDUO	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	
KILOS DE RESIDUOS ORGANICOS																										
KILOS DE RESIDUOS ORDINARIOS																										
KILOS DE RESIDUOS PLASTICOS			2			1				2		1		1	2		1	2			1			2		
KILOS DE RESIDUOS PAPEL Y CARTON			6	4	3	4	5	2	4	3		4	3	2	5		2	4	3	5	4	6	3	4		
KILOS DE CEITE DE COCINA USADO (FRASCOS)																										
KILOS DE RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES																										
TOTAL RESIDUOS DIA			8	4	3	5	5	2	4	5		5	3	3	7		3	6	3	5	5	6	3	6		91

PROGRAMA RESIDUOS SOLIDOS

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	CORPRACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA	LUGAR:	CDI VILLA MERCEDES SUEÑOS INFANTILES

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			

Lilibeth Mahecad Guzmán Álvarez
Nombre
Cedula
Psicóloga
T.P No.213215

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

Powered by CamScanner

REGISTRO PROGRAMA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA	LUGAR:	CDI Mi Pequeño Valle Escondido	MES:	Julio

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					X					X					X					X				X	
SUPERFICIES-MESONES																									
EQUIPOS DE COCINA																									
BAÑO			X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	
MESAS, SILLAS Y ESTANTERIAS																									
LAVAMANOS Y ACCESORIOS			X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	
SANITARIO			X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	
TRAMPA DE GRASAS Y DEMAS SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUA			X																						
LAVAPLATOS																									
MENAJE																									
CANECA ALMACENAMIENTO DE AGUA																									
FRUTAS, VERDURAS, HUEVOS																									
ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL																									
CANECAS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS					X	X				X		X			X		X			X				X	X
ELEMENTOS DE ASEO (TRAPERO, ESCOBAS, CEPILLO, RECOGEDOR Y LIMPIONES)			X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	
COLCHONETAS					X					X					X					X				X	
JUGUETES					X					X					X					X				X	
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO																									
OBSERVACIONES DE VERIFICACIÓN	durante la verificacion se observa todo los elemntos limpios y en buenestado para el uso de los niños, niñas y familia acto para los encuentros pedagogicos																								
ACCION DE MEJORA	NINGUNA																								

Liliana Haidnand Guzman Alvarez
Nombre

Psicologa
T.P No. 213218
Cedula

Powered by CamScanner

FORMATO CONTROL FISICO DE PLAGAS Y VECTORES

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA	LUGAR:	CDI Mi Pequeño Valle Escondido	FECHA:	Julio 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																				
BAÑO	C		C		C		C		C		C		C							
SALA COMEDOR	C		C		C		C		C		C		C							
SALONES	C		C		C		C		C		C		C							
AREA ADMINISTRATIVA	C		C		C		C		C		C		C							
EXTERIORES	C		C		C		C		C		C		C							
CUARTO ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS	C		C		C		C		C		C		C							
(Incluir demás áreas)	C		C		C		C		C		C		C							
(Incluir demás áreas)	C		C		C		C		C		C		C							
RESPÓNSABLE DE VERIFICACIÓN																				

Lidsady Halaineed Guzmán Álvarez
Nombre : Psicóloga
Cedula T.P No.213215

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

Powered by CamScanner