HOGARES SI A LA VIDA	PLAN DE SANEAMIENTO FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN COCINA, DESPENSA Y COMEDOR CTO-502-2026 ALOJAMIENTO PRINCIPAL – SUBA	FOR-PS-002 Versión: 1 Fecha: 1/05/2026 Página: 2 de 2

COMEDOR								
FECHA	Pisos y paredes	Techo	Mesas	Sillas	Caneca de descomide	Puerta	HORA DE FINALIZACIÓN	FIRMA RESPONSABLE
29/06/26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	2:53pm	✓
30/06/26	✓	X	✓	X	✓	✓	9:03 am	Aleyda
30/06/26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7:52 pm	✓
01/07/26	✓	X	✓	X	✓	✓	9:49 am	Aleyda
01/07/26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7:27 pm	✓
2/07/26	✓	X	✓	X	✓	✓	8:00 am	Rozana
2/07/26	✓	✓	✓	✓	✓	X	7:37 pm	✓
3/07/26	✓	✓	✓	✓	✓	X	11:28 am	✓
3/07/26	✓	X	✓	✓	✓	✓	4:30 pm.	✓
4/07/26	✓	X	✓	✓	✓	✓	9:22am	✓
4/07/26	✓	X	✓	✓	✓	✓	4:00 pm	Rozana
5/07/26	✓	X	✓	✓	✓	X	9:37 am	Rozana
5/07/26	✓	X	✓	✓	✓	X	3:06 pm	✓
6/07/26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8:54 am	✓
6/07/26	✓	X	✓	✓	✓	X	2:45 am	Aleyda

INSTRUCTIVO:
FECHA: Colocar la fecha en la que se realiza el proceso de limpieza y desinfección. De la columna 2 a la 7 encontrara los elementos y áreas a realizar el proceso de higienización, en cada espacio colocar ✓ si se realizó o X si no se realizó. HORA DE FINALIZACIÓN: Diligenciar la hora en la que acabo el procedimiento. FIRMA DEL RESPONSABLE: Debe ir la firma de la persona que realizo el procedimiento.

Powered by CamScanner

HOGARES SI A LA VIDA	PLAN DE SANEAMIENTO FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN COCINA, DESPENSA Y COMEDOR CTO-502-2026 ALOJAMIENTO PRINCIPAL – SUBA	FOR-PS-002 Versión: 1 Fecha: 1/05/2026 Página: 2 de 2

COMEDOR								
FECHA	Pisos y paredes	Techo	Mesas	Sillas	Caneca de descomide	Puerta	HORA DE FINALIZACIÓN	FIRMA RESPONSABLE
7/07/26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8:50 am.	Rozana
7/07/26	✓	X	✓	X	✓	X	1:59 pm	Leidy
8/07/26	✓	X	✓	X	✓	X	8:43 am.	Mabel.
8/07/26	✓	X	✓	X	✓	X	1:33 pm	Leidy
8/07/26	✓	X	✓	X	✓	X	7:54 pm	Leidy
9/07/26	✓	X	✓	X	✓	X	9:05 am	Mabel.
9/07/26	✓	X	✓	X	✓	X	1:26 pm	Alexa
9/07/26	✓	-	✓	X	✓	X	7:48 pm	Leidy
10/07/26	✓	X	✓	X	✓	✓	8:00 am	Rozana
10/07/26	✓	X	✓	X	✓	X	1:50 pm	Leidy
10/07/26	✓	X	✓	X	✓	X	8:02 pm	Leidy
11/07/26	✓	X	✓	X	✓	X	9:17 am	Mabel.
12/07/26	✓	X	✓	X	✓	X	10:05 am	Mabel.
13/07/26	✓	X	✓	X	✓	X	9:52 am	Leidy
13/07/26	✓	X	✓	X	✓	X	1:44 pm.	Rozana.

INSTRUCTIVO:

FECHA: Colocar la fecha en la que se realiza el proceso de limpieza y desinfección. De la columna 2 a la 7 encontrara los elementos y áreas a realizar el proceso de higienización, en cada espacio colocar ✓ si se realizó o **X** si no se realizó. HORA DE FINALIZACIÓN: Diligenciar la hora en la que acabo el procedimiento. FIRMA DEL RESPONSABLE: Debe ir la firma de la persona que realizo el procedimiento.

Powered by CamScanner

	PLAN DE SANEAMIENTO FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN COCINA, DESPENSA Y COMEDOR CTO-502-2026 ALOJAMIENTO PRINCIPAL – SUBA	FOR-PS-002 Versión: 1 Fecha: 1/05/2026 Página: 2 de 2

COMEDOR								
FECHA	Pisos y paredes	Techo	Mesas	Sillas	Caneca de descomide	Puerta	HORA DE FINALIZACIÓN	FIRMA RESPONSABLE
14-07-26	✓	X	✓	✓	✓	X	9:06 am	aleyda
14-07-26	✓	X	✓	✓	✓	X	2:00pm	Rozana
14-07-26	✓	X	✓	✓	✓	X	7:26 pm	[illegible]
15-07-26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	9:27 am	[illegible]
15-07-26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	3:00 pm	Rozana
15-07-26	✓	✓	✓	✓	✓	X	7:29 pm	[illegible]
16-07-26	✓	✓	✓	✓	✓	.	9:15 am	aleyda
16-07-26	✓	X	✓	✓	✓	✓	2:00pm	Rozana
16-07-26	✓	X	✓	✓	✓	X	7:59 pm	[illegible]
17-07-26	✓	✓	✓	✓	✓	X	9:32am	[illegible]
17-07-26	✓	✓	✓	✓	✓	X	3:00 pm	Rozana
17-07-26	✓	✓	✓	✓	✓	X	10:00 am	Rozana
17-07-26	✓	✓	✓	✓	✓	X	1:57 pm	[illegible]
20-07-26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8:50 am	Rozana
20-07-26							1:22 pm	[illegible]

INSTRUCTIVO:

FECHA: Colocar la fecha en la que se realiza el proceso de limpieza y desinfección. De la columna 2 a la 7 encontrara los elementos y áreas a realizar el proceso de higienización, en cada espacio colocar ✓ si se realizó o **X** si no se realizó. HORA DE FINALIZACIÓN: Diligenciar la hora en la que acabo el procedimiento. FIRMA DEL RESPONSABLE: Debe ir la firma de la persona que realizo el procedimiento.

Powered by CamScanner

	PLAN DE SANEAMIENTO FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN COCINA, DESPENSA Y COMEDOR CTO-502-2026 ALOJAMIENTO PRINCIPAL – SUBA	FOR-PS-002 Versión: 1 Fecha: 1/05/2026 Página: 2 de 2

COMEDOR								
FECHA	Pisos y paredes	Techo	Mesas	Sillas	Caneca de descomide	Puerta	HORA DE FINALIZACIÓN	FIRMA RESPONSABLE
20-07-26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	9:19 am	
20-07-26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7:28 pm.	
21-07-26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8:30 am	Rozana
21-07-26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	2:41 pm	Alexa
22-07-26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	9:15 am	Rozana.
22-07-26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7:25 pm	
23-07-26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8:39 am	
23-07-26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	3:10 pm	Alexa
23-07-26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7:43 pm	
24-07-26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	9:16 am	
24-07-26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	2:15 pm	Alexa
24-07-26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8:04 pm	
25-07-26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8:17 am	Alexa
25-07-26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	2:20 pm	
26-07-26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	1:46 pm	

INSTRUCTIVO:

FECHA: Colocar la fecha en la que se realiza el proceso de limpieza y desinfección. De la columna 2 a la 7 encontrara los elementos y áreas a realizar el proceso de higienización, en cada espacio colocar ✓ si se realizó o X si no se realizó. HORA DE FINALIZACIÓN: Diligenciar la hora en la que acabo el procedimiento. FIRMA DEL RESPONSABLE: Debe ir la firma de la persona que realizo el procedimiento.

Powered by CamScanner

HOGAJES SI A LA VIDA	**PLAN DE SANEAMIENTO** **FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN COCINA, DESPENSA Y COMEDOR** **CTO-502-2026 ALOJAMIENTO PRINCIPAL – SUBA**	FOR-PS-002 Versión: 1 Fecha: 1/05/2026 Página: 2 de 2

COMEDOR								
FECHA	Pisos y paredes	Techo	Mesas	Sillas	Caneca de descomide	Puerta	HORA DE FINALIZACIÓN	FIRMA RESPONSABLE
27-07-26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	9:30 am	Rozana.
27-07-26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7:43 pm	Lees
27-07-26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7:49 pm	Lees
28-07-26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	9:55 am	Lees
28-07-26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	2:54 pm	Riveira.
28-07-26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7:27 pm	Riveira.
29-07-26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	10:08 am	Lees
29-07-26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7:34 pm	Riveira.
30-07-26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	8:47 am	Leidy
30-07-26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	3:45	Rozana
30-07-26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7:46 pm	Riveira.
31-07-26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	.	Lees
31-07-26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	4:00 pm	Rozana.
31-07-26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7:32 pm	Riveira.
01-08-26	✓	✓	✓	✓	✓	✓	10:32 am	Rozana.

INSTRUCTIVO:

FECHA: Colocar la fecha en la que se realiza el proceso de limpieza y desinfección. De la columna 2 a la 7 encontrara los elementos y áreas a realizar el proceso de higienización, en cada espacio colocar ✓ si se realizó o X si no se realizó. HORA DE FINALIZACIÓN: Diligenciar la hora en la que acabo el procedimiento. FIRMA DEL RESPONSABLE: Debe ir la firma de la persona que realizo el procedimiento.

Powered by CamScanner

HOGARES SI A LA VIDA	**PLAN DE SANEAMIENTO** **FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS** **CTO-502-2026 ALOJAMIENTO TRANSITORIO PRINCIPAL - SUBA**	FOR-PS-002 Versión: 1 Fecha: 1/05/2026 Página: 1 de 18

Mes: Julio ***Año:*** 2026

4. Áreas, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 1 al 5							3. Semana Dos del 6 al 12							3. Semana Tres del 13 al 19							3. Semana Cuatro del 20 al 26							3. Semana Cinco del 27 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
BAÑOS OPERARIOS																																		
Sanitario			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1
Orinales			NA	NA	NA	NA	NA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NA	NA	1	1	1	1
Lavamanos			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1
Espejo			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1
Pisos			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1
Paredes			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1
Techos			NA	NA	NA	NA	1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NA	NA	NA	NA	NA	NA
Ventanas			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1
Puertas			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1
Papeleras			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1

OBSERVACIONES

Para diligenciar correctamente el Formato LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN, tenga en cuenta las siguientes instrucciones:

En la casilla No. 3 se indican 5 semanas de Lunes a Domingo, especificando los días de la semana; además se pueden verificar, día a día: L: Lunes, M: Martes, M, Miércoles, J: Jueves, V: Viernes, S: Sábado y D: Domingo. A las verificación se le debe dar una calificación de: 1 = ACEPTABLE Y 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

Powered by CamScanner

HOGARES SI A LA VIDA	**PLAN DE SANEAMIENTO** **FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS** **CTO-502-2026 ALOJAMIENTO TRANSITORIO PRINCIPAL - SUBA**	FOR-PS-002 Versión: 1 Fecha: 1/05/2026 Página: 2 de 18

4. Áreas, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 1 al 5							3. Semana Dos del 6 al 12							3. Semana Tres del 13 al 19							3. Semana Cuatro del 20 al 26							3. Semana Cinco del 29 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
ÁREA DE PRIMEROS AUXILIOS																																		
Pisos																																		
Paredes																																		
Techos																																		
Ventanas																																		
Puertas																																		
Caneca De residuos biosanitarios																																		
ÁREA DE INSUMOS DE ASEO PERSONAL																																		
Pisos																																		
Paredes																																		
Ventanas																																		
Estantes																																		
Mesas y sillas																																		
Techos																																		

Para diligenciar correctamente el Formato LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN, tenga en cuenta las siguientes Instrucciones:

En la casilla No. 3 se indican 5 semanas de Lunes a Domingo, especificando los días de la semana; además se pueden verificar, día a día: L: Lunes, M: Martes, M, Miércoles, J: Jueves, V: Viernes, S: Sábado y D: Domingo. A las verificación se le debe dar una calificación de: 1 = ACEPTABLE Y 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

se requiere la realización del procedimiento.

Powered by CamScanner

HOGARES CTA A LA VIDA	**PLAN DE SANEAMIENTO** **FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS** **CTO-502-2026 ALOJAMIENTO TRANSITORIO PRINCIPAL - SUBA**	FOR-PS-002 Versión: 1 Fecha: 1/05/2026 Página: 3 de 18

4. Áreas, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 1 al 5							3. Semana Dos del 6 al 12							3. Semana Tres del 13 al 19							3. Semana Cuatro del 20 al 26							3. Semana Cinco del 27 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
COORDINACIÓN																																			
Pisos			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1
Paredes			1	NA	NA	1	NA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NA	NA	NO	NO	NO	NO
Ventanas			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	NO	NO	NO
Mesas y sillas			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1
Equipos de computo			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1
Archivadores			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1
OFICINA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL																																			
Pisos			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1
Paredes			NA	1	NA	NA	1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NA	NA	NO	NO	NO	NO
Ventanas			NA	NA	1	NA	1	1	NO	1	NO	1	1	1	1	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NO	NO	NO	NO	NO	1	NO		1	1	1	1	1	1
Mesas y sillas			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1
Equipos de computo			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1

Para diligenciar correctamente el Formato LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN, tenga en cuenta las siguientes instrucciones:

En la casilla No. 3 se indican 5 semanas de Lunes a Domingo, especificando los días de la semana; además se pueden verificar, día a día: L: Lunes, M: Martes, M, Miércoles, J: Jueves, V: Viernes, S: Sábado y D: Domingo. A las verificación se le debe dar una calificación de: 1 = ACEPTABLE Y 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

Powered by CamScanner

HOGARES SÍ A LA VIDA	**PLAN DE SANEAMIENTO** **FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS** **CTO-502-2026 ALOJAMIENTO TRANSITORIO PRINCIPAL - SUBA**	FOR-PS-002 Versión: 1 Fecha: 1/05/2026 Página: 4 de 18

4. Áreas, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 1 al 5							3. Semana Dos del 6 al 12							3. Semana Tres del 13 al 19							3. Semana Cuatro del 20 al 26							3. Semana Cinco del 27 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
OFICINA CONSEJERÍA																																			
Pisos																																			
Paredes y techos																																			
Ventanas																																			
Mesas y sillas																																			
Equipos de computo																																			
Archivadores																																			
KIOSKO																																			
Pisos																																			
Paredes y techos																																			
Ventanas																																			
Mesas y sillas																																			
TV																																			

Para diligenciar correctamente el Formato LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN, tenga en cuenta las siguientes instrucciones:

En la casilla No. 3 se indican 5 semanas de Lunes a Domingo, especificando los días de la semana; además se pueden verificar, día a día: L: Lunes, M: Martes, M, Miércoles, J: Jueves, V: Viernes, S: Sábado y D: Domingo. A las verificación se le debe dar una calificación de: 1 = ACEPTABLE Y 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

Powered by CamScanner

HOGARES SI A LA VIDA	**PLAN DE SANEAMIENTO** **FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS** **CTO-502-2026 ALOJAMIENTO TRANSITORIO PRINCIPAL - SUBA**	FOR-PS-002 Versión: 1 Fecha: 1/05/2026 Página: 5 de 18

4. Áreas, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 1 al 5							3. Semana Dos del 6 al 12							3. Semana Tres del 13 al 19							3. Semana Cuatro del 20 al 26							3. Semana Cinco del 27 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
BAÑOS PISO 1																																		
Sanitario																																		
Lavamanos																																		
Orinales																																		
Pisos																																		
Paredes																																		
Techos																																		
Ventanas																																		
Puertas																																		
Papeleras																																		

OBSERVACIONES

Para diligenciar correctamente el Formato LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN, tenga en cuenta las siguientes instrucciones:
En la casilla No. 3 se indican 5 semanas de Lunes a Domingo, especificando los días de la semana; además se pueden verificar, día a día: L: Lunes, M: Martes, M, Miércoles, J: Jueves, V: Viernes, S: Sábado y D: Domingo. A las verificación se le debe dar una calificación de: 1 = ACEPTABLE Y 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

Powered by CamScanner

HOGARES SI A LA VIDA	**PLAN DE SANEAMIENTO** **FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS** **CTO-502-2026 ALOJAMIENTO TRANSITORIO PRINCIPAL - SUBA**	FOR-PS-002 Versión: 1 Fecha: 1/05/2026 Página: 7 de 18

4. Áreas, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 1 al 5							3. Semana Dos del 6 al 12							3. Semana Tres del 13 al 19							3. Semana Cuatro del 20 al 26							3. Semana Cinco del 27 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 PISO 1																																		
Pisos			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	NA	NA	1	1	1	1	1	NA	NA	1	1	1	1	1		
Paredes y techos			NA	NA	NA	NA	1	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	NA	NA	NA	NA	1	NA	NA		
Ventanas			NA	1	NA	NA	1	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	NA	NA	1	1	1	1	1	NA	NA	NA	1	NA	NA	1		
Lockers			NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1	1	NA	NA	1	1	NA	NA	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	NA	NA	NA	NA	NA	1	NA		
Camas			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	NA		1	1	1	1	1		
Puerta			NA	NA	1	NA	1	NA	NA	NA	1	1	NA	NA	1	1	1	1	1	NA	NA	1	1	1	NA	NA	NA	NA	NA	1	NA	NA	1		

OBSERVACIONES

Para diligenciar correctamente el Formato LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN, tenga en cuenta las siguientes instrucciones:
En la casilla No. 3 se indican 5 semanas de Lunes a Domingo, especificando los días de la semana; además se pueden verificar, día a día: L: Lunes, M: Martes, M, Miércoles, J: Jueves, V: Viernes, S: Sábado y D: Domingo. A las verificación se le debe dar una calificación de: 1 = ACEPTABLE Y 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

Powered by CamScanner

HOMBRES SIN A LA VIDA	**PLAN DE SANEAMIENTO** **FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS** **CTO-802-2026 ALOJAMIENTO TRANSITORIO PRINCIPAL - SUBA**	FOR-PS-002 Versión: 1 Fecha: 1/05/2026 Página: 8 de 18

4. Áreas, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 1 al 5							3. Semana Dos del 6 al 12							3. Semana Tres del 13 al 19							3. Semana Cuatro del 20 al 26							3. Semana Cinco del 27 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 PISO 2																																			
Pisos																																			
Paredes y techos																																			
Ventanas																																			
Lockers																																			
Camas																																			
Puerta																																			

OBSERVACIONES

Para diligenciar correctamente el Formato LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN, tenga en cuenta las siguientes instrucciones:
En la casilla No. 3 se indican 5 semanas de Lunes a Domingo, especificando los días de la semana; además se pueden verificar, día a día: L: Lunes, M: Martes, M, Miércoles, J: Jueves, V: Viernes, S: Sábado y D: Domingo. A las verificación se le debe dar una calificación de: 1 = ACEPTABLE Y 2 = NO ACEPTABLE y N.A = No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

Powered by CamScanner

HOMBRES SI A LA VIDA	**PLAN DE SANEAMIENTO** **FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS** **CTO-502-2026 ALOJAMIENTO TRANSITORIO PRINCIPAL - SUBA**	FOR-PS-002 Versión: 1 Fecha: 1/05/2026 Página: 9 de 18

4. Áreas, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 1 al 5							3. Semana Dos del 6 al 12							3. Semana Tres del 13 al 19							3. Semana Cuatro del 20 al 26							3. Semana Cinco del 27 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
CUARTO DE MAQUINAS																																			
Pisos																																			
Paredes																																			
Estibas																																			
Techo																																			
Puerta																																			

Para diligenciar correctamente el Formato LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN, tenga en cuenta las siguientes instrucciones:

En la casilla No. 3 se indican 5 semanas de Lunes a Domingo, especificando los días de la semana; además se pueden verificar, día a día: L: Lunes, M: Martes, M, Miércoles, J: Jueves, V: Viernes, S: Sábado y D: Domingo. A las verificación se le debe dar una calificación de: 1 = ACEPTABLE Y 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

Powered by CamScanner

HOGARES SI A LA VIDA	**PLAN DE SANEAMIENTO** **FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS** **CTO-502-2026 ALOJAMIENTO TRANSITORIO PRINCIPAL - SUBA**	FOR-PS-002 Versión: 1 Fecha: 1/05/2026 Página: 10 de 18

4. Áreas, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 1 al 5							3. Semana Dos del 6 al 12							3. Semana Tres del 13 al 19							3. Semana Cuatro del 20 al 26							3. Semana Cinco del 27 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
BODEGAS																																			
Pisos																																			
Paredes																																			
Estantes																																			
Techo																																			
Puerta																																			
CUARTO DE SAN ALEJO																																			
Pisos																																			
Paredes y techo																																			
Estantes																																			
Ventanas																																			
Puerta																																			

OBSERVACIONES

Para diligenciar correctamente el Formato LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN, tenga en cuenta las siguientes instrucciones:
En la casilla No. 3 se indican 5 semanas de Lunes a Domingo, especificando los días de la semana; además se pueden verificar, día a día: L: Lunes, M: Martes, M, Miércoles, J: Jueves, V: Viernes, S: Sábado y D: Domingo. A las verificación se le debe dar una calificación de: 1 = ACEPTABLE Y 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

Powered by CamScanner

HOGARES SI A LA VIDA	**PLAN DE SANEAMIENTO** **FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS** **CTO-502-2026 ALOJAMIENTO TRANSITORIO PRINCIPAL - SUBA**	FOR-PS-002 Versión: 1 Fecha: 1/05/2026 Página: 11 de 18

4. Áreas, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 1 al 5							3. Semana Dos del 6 al 12							3. Semana Tres del 13 al 19							3. Semana Cuatro del 20 al 26							3. Semana Cinco del 27 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 LUDICO SOCIAL																																			
Pisos																																			
Paredes																																			
Estantes																																			
Techo																																			
Puerta																																			

OBSERVACIONES

Para diligenciar correctamente el Formato LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN, tenga en cuenta las siguientes instrucciones:
En la casilla No. 3 se indican 5 semanas de Lunes a Domingo, especificando los días de la semana; además se pueden verificar, día a día: L: Lunes, M: Martes, M, Miércoles, J: Jueves, V: Viernes, S: Sábado y D: Domingo. A las verificación se le debe dar una calificación de: 1 = ACEPTABLE Y 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

Powered by CamScanner

HOGARES SÍ A LA VIDA	PLAN DE SANEAMIENTO FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS CTO-502-2026 ALOJAMIENTO TRANSITORIO PRINCIPAL - SUBA	FOR-PS-002 Versión: 1 Fecha: 1/05/2026 Página: 12 de 18

4. Áreas, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 1 al 5							3. Semana Dos del 6 al 12							3. Semana Tres del 13 al 19							3. Semana Cuatro del 20 al 26							3. Semana Cinco del 27 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
LAVADEROS Y LAVANDERÍA																																		
Pisos			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Paredes			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Lavaderos			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Techo			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Puerta			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Lavadora			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Secadora			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Para diligenciar correctamente el Formato LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN, tenga en cuenta las siguientes instrucciones:

En la casilla No. 3 se indican 5 semanas de Lunes a Domingo, especificando los días de la semana; además se pueden verificar, día a día: L: Lunes, M: Martes, M, Miércoles, J: Jueves, V: Viernes, S: Sábado y D: Domingo. A las verificación se le debe dar una calificación de: 1 = ACEPTABLE Y 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

Powered by CamScanner

HOGARES SI A LA VIDA	**PLAN DE SANEAMIENTO** **FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS** **CTO-502-2026 ALOJAMIENTO TRANSITORIO PRINCIPAL - SUBA**	FOR-PS-002 Versión: 1 Fecha: 1/05/2026 Página: 14 de 18

4. Áreas, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 1 al 5							3. Semana Dos del 6 al 12							3. Semana Tres del 13 al 19							3. Semana Cuatro del 20 al 26							3. Semana Cinco del 27 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
OFICINA ADMINISTRATIVA Y DE ARCHIVO																																			
Pisos			1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Paredes			N/A	1	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	1	1	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	1	1	1	1	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	1	1	N/A	N/A	N/A	N/A
Techo			N/A	1	N/A	N/A	N/A	1	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	1	1	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Equipos de computo			1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Estantes			1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	N/A	N/A	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Escritorios			1	1	1	N/A	N/A	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Para diligenciar correctamente el Formato LISTA DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN, tenga en cuenta las siguientes instrucciones:

En la casilla No. 3 se indican 5 semanas de Lunes a Domingo, especificando los días de la semana; además se pueden verificar, día a día: L: Lunes, M: Martes, M, Miércoles, J: Jueves, V: Viernes, S: Sábado y D: Domingo. A las verificación se le debe dar una calificación de: 1 = ACEPTABLE Y 2 = NO ACEPTABLE y N.A.= No Aplica para los casos en donde no se requiere la realización del procedimiento.

Powered by CamScanner