## FORMATO CONTROL FISICO DE PLAGAS Y VECTORES

| NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA: | Carbuellas | LUGAR: | Vda: Semillitas Amor 2 | FECHA: | 14 Agosto 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 | | Tuberías 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 | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | ✓ | | | |
| BAÑO | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | ✓ | | | |
| SALA COMEDOR | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | ✓ | | | |
| SALONES | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | ✓ | | | |
| AREA ADMINISTRATIVA | — | | — | | — | | — | | — | | — | | — | | | | — | | | |
| EXTERIORES | X | | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | ✓ | | | |
| CUARTO ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS | — | | — | | — | | — | | — | | — | | — | | | | — | | | |
| (Incluir demás áreas) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Incluir demás áreas) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESPÓNSABLE DE VERIFICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(Firma del representante legal)

Nombre Dina Marcela Chindoi
Cedula 1004492370

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 SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

## REGISTRO PROGRAMA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

| NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA: | Corhuellas | LUGAR: | Semillitas Amor 2 | MES: | Agosto 2026 |
|---|---|---|---|---|---|

**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 | | | | | | | | | | 14 | | | | | | | | | | | | | | | |
| SUPERFICIES-MESONES | | | | | | | | | | 14 | | | | | | | | | | | | | | | |
| EQUIPOS DE COCINA | | | | | | | | | | 14 | | | | | | | | | | | | | | | |
| BAÑO | | | | | | | | | | 14 | | | | | | | | | | | | | | | |
| MESAS, SILLAS Y ESTANTERIAS | | | | | | | | | | 14 | | | | | | | | | | | | | | | |
| LAVAMANOS Y ACCESORIOS | | | | | | | | | | 14 | | | | | | | | | | | | | | | |
| SANITARIO | | | | | | | | | | 14 | | | | | | | | | | | | | | | |
| TRAMPA DE GRASAS Y DEMAS SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUA | | | | | | | | | | N/A | | | | | | | | | | | | | | | |
| LAVAPLATOS | | | | | | | | | | 14 | | | | | | | | | | | | | | | |
| MENAJE | | | | | | | | | | 14 | | | | | | | | | | | | | | | |
| CANECA ALMACENAMIENTO DE AGUA | | | | | | | | | | 14 | | | | | | | | | | | | | | | |
| FRUTAS, VERDURAS, HUEVOS | | | | | | | | | | 14 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL (si aplica) | | | | | | | | | | 14 | | | | | | | | | | | | | | | |
| CANECAS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS | | | | | | | | | | 14 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ELEMENTOS DE ASEO (TRAPERO, ESCOBAS, CEPILLO, RECOGEDOR Y LIMPIONES) | | | | | | | | | | 14 | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Incluir demás elementos) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Incluir demás elementos) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO | | | | | | Dina Marcela Chindoy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OBSERVACIONES DE VERIFICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACCION DE MEJORA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nombre Dina Marcela Chindoy
Cedula 1006491570.

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 SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

## PROGRAMA DESECHOS SÓLIDOS

| NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA: | Corhuella | LUGAR: | Uca: Sonillitas de Amor 2 | MES: | Agosto 2026 |
|---|---|---|---|---|---|

**Indicaciones de diligenciamiento:** Identificar de acuerdo con los criterios de evaluación el cumplimiento de los espacios 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SAÑOS | | | | | | | | | | C | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SALON | | | | | | | | | | C | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COMEDOR | | | | | | | | | | C | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AREA ADMINISTRATIVA | | | | | | | | | | NA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CUARTO DE RESIDUOS | | | | | | | | | | NA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EXTERIORES | | | | | | | | | | C | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *(INCLUIR OTROS ESPACIOS)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *(INCLUIR OTROS ESPACIOS)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**CRITERIOS DE EVALUACION**

Tener en cuenta:
Estado de las canecas. (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.

| 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 | | | | | | | | | | 1K | | | | | | | | | | | | | | | | 1, Gramos 0 |
| KILOS DE RESIDUOS ORDINARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| KILOS DE RESIDUOS PLASTICOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| KILOS DE RESIDUOS PAPEL Y CARTON | | | | | | | | | | 1K | | | | | | | | | | | | | | | | 1, Gramos. 0 |
| KILOS DE CEITE DE COCINA USADO (FRASCOS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| KILOS DE RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| TOTAL RESIDUOS DÍA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

## PROGRAMA RESIDUOS SOLIDOS

| NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA: | | LUGAR: | |
|---|---|---|---|

| TIPO DE RESIDUO | CANTIDAD | FECHA DE ENTREGA | MECANISMO DE APROVECHAMIENTO, ELIMINACIÓN Y/O DISPOSICIÓN FINAL |
|---|---|---|---|
| RESIDUOS ORGANICOS | 2 Gramos | | Abono Orgánico |
| RESIDUOS ORDINARIOS | | | |
| RESIDUOS PLASTICOS | | | |
| RESIDUOS PAPEL Y CARTON | 1 Gramo: | | El carro recoge cada 15 días. |
| CEITE DE COCINA USADO (FRASCOS) | | | |
| RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES | | | |

(Firma)
Nombre: Dina Marcela Chindoy
Cedula: 1006496370.



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

| RESPORTES MANTENIMIENTO, LAVADO Y DESINFECCIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| **ELEMENTO** | **FECHA** | **DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD** | **OBSERVACIONES** |
| Redes hidrosanitarias | N/A | | |
| Tanques elevados | N/A | | *Indicar si se cuenta con informes de lavado de tanques* |
| Tanques subterráneos | N/A | | |
| Purificadores y/o filtros de agua | N/A | | |
| *(incluir otros)* | | | |

Firma:
Nombre Ana Maria Chindoy
Cedula 1004491570