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
02-08-26	✓	X	✓	X	✓	✓	9:00 am	Rozana
02-8-26	✓	X	✓	X	✓	X	2:00pm	Leez
03-8-26	✓	✓	✓	X	✓	X	8:54 am	Minerva.
03-8-26	✓	X	✓	X	✓	X	1:13 pm	Minerva.
03-8-26	✓	✓	✓	X	✓	X	7:31 pm	Minerva.
04-08-26	✓	X	✓	X	✓	X	8:30 am	Rozana
04-08-26	✓	X	✓	X	✓	X	1:58 pm	Alexda M
04-08-26	✓	X	✓	X	✓	X	7:40pm	Leez
05-08-26	✓	X	✓	X	✓	X	8:30 am	Rozana
05-08-26	✓	X	X	X	✓	X	2:46 pm	Alexda
05-08-26	✓	X	✓	X	✓	X	8:06 pm	Leez
06-08-26	✓	X	X	X	✓	X	8:54 am	Alexda
06-08-26	✓	X	✓	X	✓	X	7:37 pm	Leez
07-08-26	✓	X	✓	X	✓	X	9:15 am	Alexda
07-08-26	✓	X	✓	X	✓	X	4:32 pm	Leez

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
08-08-26	✓	X	✓	X	✓	X	9:20 am	Alexa
09-08-26	✓	X	✓	X	✓	X	9:37 am.	Mendez.
10:08:26	✓	X	✓	X	✓	X	9:12 am	Luz
10·08·26	✓	X	✓	X	✓	X	2:48 pm	Rozana
11-08/26	✓	X	✓	X	✓	X	9:17 am	Alexa
11-08-26	✓	X	✓	X	✓	X	4:19 pm	Mendez.
12 08-26	✓	X	✓	X	✓	X	8:40 am	Luz
12.08.26	✓	X	✓	X	✓	✓	2:45 pm	Rozana
13.08.26	✓	X	✓	X	✓	X	8:51 am	Alexa
13-08-26	✓	X	✓	X	✓	X	4:49 pm.	Mendez
14.08.26	✓	X	✓	X	✓	X	8:44 am	Luz
14-08-26	✓	X	✓	X	✓	X	7:20 pm.	Mendez
15-08-26	✓	X	✓	X	✓	X	8:50 am.	Rozana
16.08.16.	✓	X	✓	X	✓	X	8:30 am	Rozana
16-08/26	✓	X	✓	X	✓	X	1:23 pm	Luz

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
17-08-26	✓	✓	✓	X	✓	X		
17.08.26	✓	X	✓	X	✓	X		
18/08/26	✓	X	✓	X	✓	X	2:30 pm	Alexda Marin
18/08/26	✓	X	✓	X	✓	X	7:21 pm	Luz
19/08/26	✓	X	✓	X	✓	X		
19/08/26	✓	X	✓	X	✓	X	7:44 pm	Alexda
20/08/26	✓	✓	✓	✓	✓	X		
20/08/26	✓	X	✓	X	✓	X	7:24 pm	Luz
21/08/26	✓	X	✓	X	✓	X	9.05 am	Luz
21/08/26	✓	✓	✓	X	✓	X	7:19 pm	Alexda
22/08/26	✓	X	✓	✓	✓	X		
22/08/26	✓	X	✓	X	✓	X	1:43 pm	Alexda
23/08/26	✓	X	✓	X	✓	X		
23/08/26	✓	X	✓	X	✓	X	1:12 pm	Alexda
24/08/26	✓	X	✓	X	✓	X	8:24	Luz

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
24/08/26	✓	X	X	X	✓	X	7:04 pm	Alexa
25/08/26	✓	X	✓	X	✓	✓	10:53 am	Leo
25/08/26	✓	X	X	X	✓	✓	7:09 pm	Viviana.
26/08/26	✓	X	✓	✓	✓	✓	8:29 am	Alexa
26/08/26	✓	X	X	X	✓	✓	7:14 pm	Viviana.
27/08/26	X	X	✓	X	✓	X	9.07 am	Leo
27/08/26	✓	X	X	X	✓	✓	7:15 pm	Viviana.
28/08/26	X	X	✓	X	✓	X	9:40 am	Alexa
28/08/26	X	X	✓	X	✓	X	9:46 am	Leo
29/08/26	X	X	✓	X	✓	X	1:50 pm	Leo
29/08/26	X	X	✓	X	✓	X		
30/08/26	X	X	✓	X	✓	X	9:30 am	Leo
30/08/26	X	X	✓	✓	✓	X	7:00 pm	Leo
31/08/26	X	X	✓	✓	✓	X	9:07 am.	[illegible]
31/08/26	✓	X	✓	✓	✓	X	3:01 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

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 14

Mes: Agosto ***Año:*** 2026

4. Áreas, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 1 al 2							3. Semana Dos del 3 al 9							3. Semana Tres del 10 al 16							3. Semana Cuatro del 17 al 23							3. Semana Cinco del 24 al 30						
	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																																		
Orinales																																		
Lavamanos																																		
Espejo																																		
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: 2 de 14

4. Áreas, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 1 al 2							3. Semana Dos del 3 al 9							3. Semana Tres del 10 al 16							3. Semana Cuatro del 17 al 23							3. Semana Cinco del 24 al 30						
	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						4																													
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
Paredes						NA	NA	NO	NO	NO	NA	NO	NO	NO	1	1	1	1	1	1	NO	NO	NO	NA	NA	NA	NO	NO	NO	1	1	1	1	1	1	1
Techos						NA	NA	NO	NO	NO	NA	NO	NO	NO	1	1	1	1	1	1	NO	NO	NO	NA	NA	NA	NO	NO	NO	1	1	1	1	1	1	1
Ventanas						1	1	1	1	1	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
Puertas						1	1	1	1	1	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
Caneca De residuos biosanitarios						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
ÁREA DE INSUMOS DE ASEO PERSONAL																																			
Pisos						1	1	1	1	1	1	NO	NO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Paredes						NA	NA	NO	NO	NA	NA	NO	NO	NA	1	1	1	1	1	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	1	1
Ventanas						1	1	NO	NO	NO	1	NO	NO	1	1	1	1	1	1	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	1	1
Estantes						NA	NA	NO	NO	NO	NA	NO	NO	NA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	1	1
Mesas y sillas						1	1	NO	NO	NO	1	NO	NO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	NA	NA	1	1	1	1	1	1	1	1
Techos						NA	NA	NO	NO	NO	NA	NO	NO	NO	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	1	NA	NA	1	NA	NA	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: 3 de 14

4. Áreas, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 1 al 2							3. Semana Dos del 3 al 9							3. Semana Tres del 10 al 16							3. Semana Cuatro del 17 al 23							3. Semana Cinco del 24 al 30						
	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						1		1		1																								
Pisos						1	NA	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	NA
Paredes						1	NA	1	1	1	1	1	1	1	1	NA	NA	NA	NA	NA	2	2	NA	2	2	2	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Ventanas						1	NA	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	NA
Mesas y sillas						1	NA	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	NA
Equipos de computo						1	NA	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	NA
Archivadores						1	NA	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	NA
OFICINA DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL																																			
Pisos						1	NA	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	NA	2	2	2	2	2	1	NA	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Ventanas						1	NA	1	2	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Mesas y sillas						1	NA	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	NA	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: 4 de 14

4. Áreas, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 1 al 2							3. Semana Dos del 3 al 9							3. Semana Tres del 10 al 16							3. Semana Cuatro del 17 al 23							3. Semana Cinco del 24 al 30						
	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 14

4. Áreas, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 1 al 2							3. Semana Dos del 3 al 9							3. Semana Tres del 10 al 16							3. Semana Cuatro del 17 al 23							3. Semana Cinco del 24 al 30						
	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						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	0	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
Orinales						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
Paredes						NA	NA	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	NA	1	0	1	1	1	1	1
Techos						NA	NA	NO	NO	NO	NO	NO	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Ventanas						1	1	1	1	1	1	1	1	1	NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	NA	1	NA	1	1	1	1	1	1	1
Puertas						1	1	1	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	NA	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

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: 6 de 14

4. Áreas, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 1 al 2							3. Semana Dos del 3 al 9							3. Semana Tres del 10 al 16							3. Semana Cuatro del 17 al 23							3. Semana Cinco del 24 al 30						
	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 2						1																												
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
Orinales						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
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
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
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
Techos						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
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
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
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

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 SIA 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 14

4. Áreas, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 1 al 2							3. Semana Dos del 3 al 9							3. Semana Tres del 10 al 16							3. Semana Cuatro del 17 al 23							3. Semana Cinco del 24 al 30						
	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	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Paredes y techos						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
Ventanas						1	1	M	1	M	M	M	M	M	M	M	1	M	M	M	M	N°	1	N°	1	N°	1	N°	1	N°	1	1	N°	1	1
Lockers						1	1	M	1	M	M	M	M	M	M	M	1	1	M	M	M	N°	1	1	N°	1	1	N°	1	N°	N°	1	1	N°	N°
Camas						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						M	M	M	1	1	M	M	M	M	M	1	1	M	M	M	M	1	N°	1	1	1	N°	1	1	1	N°	1	1	N°	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: 8 de 14

4. Áreas, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 1 al 2							3. Semana Dos del 3 al 9							3. Semana Tres del 10 al 16							3. Semana Cuatro del 17 al 23							3. Semana Cinco del 24 al 30						
	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						J																												
Pisos						1	1	1	1	1	1	1	1	NA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
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

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: 9 de 14

4. Áreas, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 1 al 2							3. Semana Dos del 3 al 9							3. Semana Tres del 10 al 16							3. Semana Cuatro del 17 al 23							3. Semana Cinco del 24 al 30						
	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: 10 de 14

4. Áreas, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 1 al 2							3. Semana Dos del 3 al 9							3. Semana Tres del 10 al 16							3. Semana Cuatro del 17 al 23							3. Semana Cinco del 24 al 30						
	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 ① Del 25 al 28 de Agosto no se realiza limpieza. debido arreglos Estructurales.

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 14

4. Áreas, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 1 al 2							3. Semana Dos del 3 al 9							3. Semana Tres del 10 al 16							3. Semana Cuatro del 17 al 23							3. Semana Cinco del 24 al 30						
	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																																			
Paredes																																			
Lavaderos																																			
Techo																																			
Puerta																																			
Lavadora																																			
Secadora																																			

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 ST 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 14

4. Áreas, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 1 al 2							3. Semana Dos del 3 al 9							3. Semana Tres del 10 al 16							3. Semana Cuatro del 17 al 23							3. Semana Cinco del 24 al 30						
	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 ASEO																																			
Pisos																																			
Paredes																																			
Poceta																																			
Techo																																			
Puerta																																			
Insumos de aseo																																			

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: 13 de 14

4. Áreas, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 1 al 2							3. Semana Dos del 3 al 9							3. Semana Tres del 10 al 16							3. Semana Cuatro del 17 al 23							3. Semana Cinco del 24 al 30						
	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																																			
Paredes																																			
Techo																																			
Equipos de computo																																			
Estantes																																			
Escritorios																																			

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: 14 de 14

4. Áreas, espacios o elementos a considerar *según la unidad operativa*	3. Semana Uno del 1 al 2							3. Semana Dos del 3 al 9							3. Semana Tres del 10 al 16							3. Semana Cuatro del 17 al 23							3. Semana Cinco del 24 al 30.						
	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
ALMACENAMIENTO INTERNO DE RESIDUOS						1										✓																			
Pisos						1	NA	1	1	1	1	1	1	1	NA	1	NA	1	NA	1	NA	NA	1	NA	1	NA	1	NA	NA	1	NA	1	NA	1	NA
Paredes						1	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	NA	1	NA	1	NA	NA	1	NA	1	NA	1	NA	NA	1	NA	1	NA	1	NA
Techo						NA	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	NA	NA	NA	1	NA	NA	NA	NA	1	NA	NA	NA	NA	1	NA	1	NA	1	NA
Contenedores						1	NA	NA	1	1	1	1	1	1	NA	1	NA	1	NA	1	NA	NA	1	NA	1	NA	1	NA	NA	1	NA	1	NA	1	NA

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