REGISTRO PROGRAMA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	CORHUELLAS	LUGAR:	HCB MIS TRAVESURAS	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					3					10					17					24				30	
SUPERFICIES-MESONES			1	2	3		7	8	9	10		14	15	16	17		21	22		24	27	28	29	30	
EQUIPOS DE COCINA										10					17					24				30	
BAÑO			1	2	3		7	8	9	10		14	15	16	17		21	22		24	27	28	29	30	
MESAS, SILLAS Y ESTANTERIAS			1	2	3		7	8	9	10		14	15	16	17		21	22		24	27	28	29	30	
LAVAMANOS Y ACCESORIOS			1	2	3		7	8	9	10		14	15	16	17		21	22		24	27	28	29	30	
SANITARIO			1	2	3		7	8	9	10		14	15	16	17		21	22		24	27	28	29	30	
TRAMPA DE GRASAS Y DEMAS SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUA																									
LAVAPLATOS			1	2	3		7	8	9	10		14	15	16	17		21	22		24	27	28	29	30	
MENAJE			1	2	3		7	8	9	10		14	15	16	17		21	22		24	27	28	29	30	
CANECA ALMACENAMIENTO DE AGUA					3					10					17					24				30	
FRUTAS, VERDURAS, HUEVOS			1	2	3		7	8	9	10		14	15	16	17		21	22		24	27	28	29	30	
ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL (si aplica)					3					10					17					24				30	
CANECAS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS			1	2	3		7	8	9	10		14	15	16	17		21	22		24	27	28	29	30	
ELEMENTOS DE ASEO (TRAPERO, ESCOBAS, CEPILLO, RECOGEDOR Y LIMPIONES)			1	2	3		7	8	9	10		14	15	16	17		21	22		24	27	28	29	30	
(Incluir demás elementos)																									
(Incluir demás elementos)																									
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO																									
OBSERVACIONES DE VERIFICACIÓN																									
ACCION DE MEJORA																									

Alba luz zuñiga

Nombre: Alba luz zuñiga Scarpetta
Cedula: 55.194.459

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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

FORMATO CONTROL FISICO DE PLAGAS Y VECTORES																					
NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	**CORHUELLAS**				**LUGAR:**		**HCB MIS TRAVESURAS**				**FECHA:**		JULIO								
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				X			
BAÑO	X		X		X		X		X		X		X				X			
SALA COMEDOR	X		X		X		X		X		X		X				X			
SALONES	X		X		X		X		X		X		X				X			
AREA ADMINISTRATIVA	X		X		X		X		X		X		X				X			
EXTERIORES	X		X		X		X		X		X		X				X			
CUARTO ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS	X		X		X		X		X		X		X				X			
(Incluir demás áreas)	X		X		X		X		X		X		X				X			
(Incluir demás áreas)	X		X		X		X		X		X		X				X			
RESPÓNSABLE DE VERIFICACIÓN																				

(Firma representante legal)

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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

PROGRAMA DESECHOS SÓLIDOS

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	CORHUELLAS	LUGAR:	HCB MIS TRAVESURAS	MES:	JULIO

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	VERIFICACION																									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		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.
BAÑOS			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		
COMEDOR			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		
CUARTO DE RESIDUOS			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		
(INCLUIR OTROS ESPACIOS)																										
(INCLUIR OTROS ESPACIOS)																										

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			2 K	2.5K	2 K	2.5K	2.0 K	2.0 K	2.5 K	2.5 K		2.2 K	2 K	2.2 K	2 K		2.0 K	2.0 K		2 K	2.5K	2.0 K	2.0 K	2.5 K		**41.4 K**
KILOS DE RESIDUOS ORDINARIOS			0.5 K	0.5K	0.5 K	0.5K	0.5 K	0.5 K	0.8 K	0.8 K		0.9 K	0.6 K	0.9 K	0.8 K		0.5 K	0.5 K		0.5 K	0.5K	0.5 K	0.5 K	0.8 K		**10.1 K**
KILOS DE RESIDUOS PLASTICOS					0.5 K					1 K					0.5 K					1 K				1 K		**4K**
KILOS DE RESIDUOS PAPEL Y CARTON					0.5 K					0.5 K					0.5K					0.5 K				0.5 K		**2.5 K**
KILOS DE CEITE DE COCINA USADO (FRASCOS)					0.3K					0.3K					0.3K					0.3K				0.5K		**1.7K**
KILOS DE RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES																										
TOTAL RESIDUOS DÍA			**2.5K**	**3K**	**3.8K**	**3 K**	**2.5K**	**2.5K**	**3.3K**	**5.1K**		**3.1K**	**2.6 K**	**3,1K**	**4.1K**		**2.5K**	**2.5K**		**4.3K**	**3K**	**2.5K**	**2.5K**	**5.3K**		**59.7 K**

PROGRAMA RESIDUOS SOLIDOS			
NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	CORHUELLAS	**LUGAR:**	HCB MIS TRAVESURAS

TIPO DE RESIDUO	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	MECANISMO DE APROVECHAMIENTO, ELIMINACIÓN Y/O DISPOSICIÓN FINAL
RESIDUOS ORGANICOS	**41.4 K**	Día 3, 10, 17.24,31	Abono Organico
RESIDUOS ORDINARIOS	**10.1 K**	Día 07, 14, 21, 28	Recolección empresas públicas
RESIDUOS PLASTICOS	**4K**	Día 07, 14, 21, 28	Reciclaje I.E San Jose
RESIDUOS PAPEL Y CARTON	**2.5 K**	Día 07, 14, 21, 28	Reciclaje I.E San Jose
CEITE DE COCINA USADO (FRASCOS)	**1.7K**	Día 31	Recolección empresas públicas
RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES			

Nombre: Alba Luz Zuñiga Scarpetta
Cedula: 55.194.459

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

REGISTRO PROGRAMA ABASTECIMIENTO O SUMINISTRO DE AGUA POTABLE					
NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	CORHUELLAS	**LUGAR:**	**HCB MIS TRAVESURAS**	**MES:**	**JULIO**

Indicaciones de diligenciamiento: Identificar si cumple o no cumplen los siguientes parámetros en el agua de consumo:
Sabor: Aceptable
Olor: Aceptable
Color: < 15 Unidades de platino cobalto - UPC
Cloro residual libre: 0.3 - 2.0 mg/litros

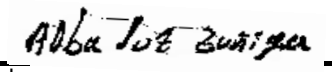
Metodología de diligenciamiento: **C:** Cumple **NC:** No cumple

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	
OLOR				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	
PRESENCIA DE MATERIA EXTRAÑA																										
CLORO RESIDUAL INDIQUE RESULTADO	DATO																									
	CUMPLE O NO CUMPLE																									

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 POLÍTICA 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			
Tanques elevados	25/07/2026	Se realizo lavado y desinfección del tanque haciendo uso de hipoclorito, cepillo y jabón.	
Tanques subterráneos			
Purificadores y/o filtros de agua			
(incluir otros)			



Nombre Alba Luz Zuñiga Ocampetta
Cedula 55.194.459

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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012