BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO PROGRAMA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	ICBF	LUGAR:	Hogar Los Simpson	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											X														
SUPERFICIES-MESONES											X														
EQUIPOS DE COCINA											X														
BAÑO											X														
MESAS, SILLAS Y ESTANTERIAS											X														
LAVAMANOS Y ACCESORIOS											X	X	X												
SANITARIO											X	X	X												
TRAMPA DE GRASAS Y DEMAS SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUA											X		X												
LAVAPLATOS											X	X	X												
MENAJE											X														
CANECA ALMACENAMIENTO DE AGUA											X	X	X												
FRUTAS, VERDURAS, HUEVOS											X	X	X												
ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL (si aplica)											X	X	X												
CANECAS DE ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS											X														
ELEMENTOS DE ASEO (TRAPERO, ESCOBAS, CEPILLO, RECOGEDOR Y LIMPIONES)											X	X	X												
COLCHONETAS											X														
JUGUETES											X														
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO											Yuri Yurany P														
OBSERVACIONES DE VERIFICACIÓN																									
ACCION DE MEJORA																									

Yuri Yurany Policre M
Nombre
Cedula 1081411233

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera COPIA NO CONTROLADA
LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTOS FORMATOS DE ACUERDO A LA POLITICA 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:	ICBF	LUGAR:	HCB LOS SIMPSON	FECHA:	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				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)																				
(Incluir demás áreas)																				
RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN																				

Nombre: Yivi Yuranny Polichet M
Cedula: 1581.411 233

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

PROGRAMA DESECHOS SÓLIDOS

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	ICBF	LUGAR:	Hogar Simpson	MES:	Agosto-2020

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	1° Semana					2° Semana					VERIFICACIÓN 3° Semana					4° Semana					5° Semana					CRITERIOS DE EVALUACION
	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												X														Tener en cuenta: El estado de las canecas (Limpias, con tapas, con su respectiva bolsa)Capacidad acequias a del contenedor Ubicación de los contenedores Para los espacios de almacenamiento, verificar la organización, limpieza, ventilación, señalización, control de vectores, entre otros.
BAÑOS												X														
SALÓN												X														
COMEDOR												X														
AREA ADMINISTRATIVA												X														
CUARTO DE RESIDUOS												X														
EXTERIORES												X														
¡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								8																		
KILOS DE RESIDUOS ORDINARIOS		4K				3K						5K														
KILOS DE RESIDUOS PLASTICOS																										
KILOS DE RESIDUOS PAPEL Y CARTON																										
KILOS DE CEITE DE COCINA USADO (FRASCOS)																										
KILOS DE RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES																										
TOTAL RESIDUOS DIA		4K					3K		18K			5K														

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 ORGÁNICOS			
RESIDUOS ORDÍNARIOS			
RESIDUOS PLASTICOS			
RESIDUOS PAPEL Y CARTON			
CEITE DE COCINA USADO (FRASCOS)			
RESIDUOS PELIGROSOS Y ESPECIALES			

Yini Yurany Ruiz M
Nombre
Cedula 1081411133

Copia controlada en el sitio de trabajo. Cualquier copia sin control es considerada COPIA NO CONTROLADA
ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DEL ICBF, PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL SIN AUTORIZACIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL

REGISTRO PROGRAMA ABASTECIMIENTO O SUMINISTRO DE AGUA POTABLE

NOMBRE DEL OPERADOR Y/O CONTRATISTA:	ICBF	LUGAR:	Hcb los simpsun	MES:	Agosto

Indicaciones de diligenciamiento: Identificar si cumple o no cumplen los siguientes parametros 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

Metodologia 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												
OLOR													C	C												
COLOR													C	C												
PRESENCIA DE MATERIA EXTRAÑA													No	No												
CLORO RESIDUAL INDIQUE RESULTADO	DATO												No	No												
	CUMPLE O NO CUMPLE												C	C												

RESPORTES MANTENIMIENTO, LAVADO Y DESINFECCIÓN

ELEMENTO	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
Redes hidrosanitarias	19-08-2026	Purga -	
Tanques elevados		No aplica	
Tanques subterráneos		No aplica	
Purificadores y/o filtros de agua		No aplica	
(incluir otros)			

Yuly Yurany Ruiche M
Nombre
Cedula 1081411783

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

Powered by