|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÁREA O DEPENDENCIA** |  | **SEDE** |  | **FECHA** |  |
| **CONDICIÓN SANITARIA** | **CARÁCTER** | **OBSERVACIONES** |
| **C** | **NC** |
| 1. Instalaciones |
| * Alrededores libres de acumulación de residuos
 |  |  |  |
| * Orden y aseo
 |  |  |  |
| * Ejecución de ruta interna establecida
 |  |  |  |
| * Uso de elementos de protección personal en la manipulación de residuos
 |  |  |  |
| * Contenedores con bolsa
 |  |  |  |
| * Contenedores en buen estado y con tapa.
 |  |  |  |
| * Segregación de residuos en la fuente
 |  |  |  |
| * Evitar la presencia de residuos innecesarios en el piso y las mesas
 |  |  |  |
| * Evacuación constante de los residuos
 |  |  |  |
| 2. Área de centro de acopio |
| * Contenedores en buen estado, con bolsa y tapa.
 |  |  |  |
| * Residuos innecesarios en el piso y la estantería.
 |  |  |  |
| * Evacuación constate de los residuos.
 |  |  |  |
| * Rotulación de áreas
 |  |  |  |
| * Centro limpio y desinfectado.
 |  |  |  |
| 3. Servicios sanitarios |
| * Papeleras con bolsa
 |  |  |  |
| * Papel higiénico en el piso o inodoro
 |  |  |  |
| * Evacuación constante de los residuos
 |  |  |  |
|  |
| **RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN** |  |
| **Nota:** Marcar con una x en la casilla C o NC para especificar el carácter de cumplimiento de la condición sanitaria. C (Cumple) NC (No Cumple) |
| **Aviso legal:** La información contenida en este documento será para el uso exclusivo de la Universidad de Nariño y no podrá ser reproducida total o parcialmente, salvo autorización expresa de la Oficina de Planeación y Desarrollo de la Universidad de Nariño. |

|  | **ELABORADO POR:** | **REVISADO POR:** | **APROBADO POR:** |
| --- | --- | --- | --- |
| **CARGO:** | Profesional SGA – Oficina Planeación y Desarrollo | Asesor SGA – Oficina Planeación y Desarrollo | Directora Oficina de Planeación y Desarrollo |
| **NOMBRE:** | Carolina Cabrera Luna | Claudia Marcela García | Martha Lucía Enríquez |
| **FIRMA:** | ORIGINAL FIRMADO | ORIGINAL FIRMADO | ORIGINAL FIRMADO |
| **FECHA:** | 2018-09-21 | 2018-09-28 | 2018-10-12 |

| **CONTROL DE CAMBIOS** |
| --- |
| **Versión** | **Fecha de Aprobación** | **Descripción del Cambio** |
| 1 | 2018-10-12 | Creación del Documento. |