CONTROL DE LIMPIEZA DE LA SALA DE LACTANCIA

1/ Espacio universitario:

2/ Responsable de la Sala de Lactancia: **4/** Horario de atención:

3/ Responsable de la Limpieza: **5/** Mes y Año:

CONTROL DIARIO DE LIMPIEZA

Día	1ª Semana del ( ) a ( )					2ª Semana del ( ) a ( )					3ª Semana del ( ) a ( )					4ª Semana del ( ) a ( )					5ª Semana del ( ) a ( )				
	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
Piso																									
Paredes																									
Techo																									
Lavamanos																									
Mesa de apoyo																									
Sillas o sillones																									
Esterilizador																									
Microondas																									
Refrigerador																									
Bote de basura																									

CONTROL DEL MATERIAL DE CONSUMO

Día	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
Jabón																									
Sanitas																									
Gel antibacterial																									
Etiquetas autoadheribles																									
Gorros desechables																									
Cubrebocas																									
Observaciones:																									

(1) Limpieza realizada.
(2) Limpieza no realizada.

Responsable de la Sala de Lactancia
Nombre y firma