|  |  |
| --- | --- |
| **RELACIONE LAS ACTIVIDADES A REALIZAR:** | **NOMBRES Y APELLIDOS DEL RESPONSABLE DE EJECUTAR LAS ACTIVIDADES:** |
| **MES/AÑO** | **DEPENDENCIA** | **CALIFIQUE COMO: BUENO: B – REGULAR: R - MALO:M** | **OBSERVACIONES**  | **REVISIÓN** |
|  | VIDRIOS | PAREDES  | PISOS  | MESAS DE TRABAJO, SILLAS ESCRITORIOS | BAÑOS | AREAS DE ATENCION AL PUBLICO | CAFETERIAS  | PUNTOS ECOLOGICOS O CANECAS  | OTROS  | SUPERVISOR SI SU RESPUESTA ES R O M POR FAVOR ESPECIFIQUE SU INCONFORMIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN REVISA  | FIRMA DE QUIEN REVISA |
| **PERIODICIDAD** |
| SEMANAL | SEMANAL | DIARIO | DIARIO  | DIARIO  | DIARIO  | DIARIO | DIARIO  | DIARIO  |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |