FORMATO CONTROL DE LIMPIEZA DE BAÑOS

UNIDAD	NOMBRE CONSERJE	FECHA INICIO			EDIFICIO	PISO
		DD	MM	AAAA		

Califique el estado de lugar de acuerdo a la siguiente calificación:
MALO - M
REGULAR - R
BUENO - B
MUY BUENO - MB
EXCELENTE - E

FECHA Y HORA		PISOS	PAREDES	TECHOS	SANITARIOS	LAVAMANOS	ESPEJOS	ALCOHOL	PAPEL HIGIÉNICO	JABON MANOS	PAPEL TOALLA	FIRMA CONSERJE	FIRMA SUPERVISOR	OBSERVACIONES