SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Seguimiento Mensual a Plan de Mantenimiento Preventivo y Correctivo hospital regional y universitario jaime mota.

(Fecha: 30- JUNIO-2025.)

Instalación / Maquinaria	Elementos del Equipo a realizar Mantenimiento.	Descripción Actividad a Realizar	Mantenimiento Prevent. o Correct.	Periodicidad para Revisión	Último Mantenimiento	Próximo Mantenimiento	Mes de Ejecución del Mantenimiento												Observaciones
							Ene	Feb	Mar	Abr	May	JUN	JUL	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	
Computadora de Escritorio	1. Parte interna del CPU. 2. Monitor. 3. Teclado. 4. Mouse	Limpieza de componentes con aire comprimido	preventivo y correctivo	mensual	30/6/2025	30/7/2025													anexo informe y formularios demantenimientos
Impresora Epson	1. Parte interna del equipo.	1.Rellenado de tinta. 2. Limpieza de almohadillas. 3. Mantenimiento interno del sistema (limpieza y alineación de cabezales)	preventivo y correctivo	mensual	30/6/2025	30/7/2025													anexo informe y formularios demantenimientos
ASCENSOR IMCALIFT-CELSUS EASY P15 (1125KG) 2 S/O (DOBLE ENTRADA	EXTERNO	ASCENSORES	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	mensual	2/6/2025	2/7/2025													FACTURA ANEXA
ASCENSOR IMCALIFT-CELSUS EASY P15 (1125KG) 3 S/O	EXTERNO	ASCENSORES	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	mensual	2/6/2025	2/7/2025													FACTURA ANEXA
UNIDAD DE HEMODIALISIS	EXTERNO	EQUIPOS DE LA UNIDAD	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	mensual	30/6/2025	30/7/2025													hoja de reporte
TOMA CORRIENTE, LAMPARA, INTERUTOR	interno	BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	TRIMESTRAL	18/6/2025	18/9/2025													QUIROFANO 2
TOMA CORRIENTE, LAMPARA, INTERUTOR	interno	BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	TRIMESTRAL	18/6/2025	18/9/2025													QUIROFANO 3
TOMA CORRIENTE, LAMPARA, INTERUTOR	interno	BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	18/6/2025	18/12/2025													BLOQUE DE CIRUGIA
TOMA CORRIENTE, LAMPARA, INTERUTOR	interno	BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	18/6/2025	18/12/2025													SALA DE CIRUGIA 1
TOMA CORRIENTE, LAMPARA, INTERUTOR	interno	BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	18/6/2025	18/12/2025													SALA DE CIRUGIA 2
TOMA CORRIENTE, LAMPARA, INTERUTOR	interno	BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	18/6/2025	18/12/2025													QUIROFANO (ESTACION DE NEFERMERIA)
TOMA CORRIENTE, LAMPARA, INTERUTOR	interno	BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	18/6/2025	18/12/2025													AREA E ESTERILIZACION
TOMA CORRIENTE, LAMPARA, INTERUTOR	interno	BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	18/6/2025	18/12/2025													DEPOSITO DE MATERIALES
TOMA CORRIENTE, LAMPARA, INTERUTOR	interno	BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	18/6/2025	18/12/2025													QUIROFANO 1

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA
Calidad Institucional
EN

TOMA CORRIENTE, LAMPARA, INTERUTOR	interno	BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	18/6/2025	18/12/2025													CENTRAL DE EQUIPOS
LAMPARAS	interno	BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	TRIMESTRAL	18/6/2025	18/9/2025													PASILLO DE QUIROFANOS
INTERRUPTORES PARA LOS MONITORES	interno	BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	ANUAL	19/6/2025	19/6/2026													POST-QUIRURGICO SALA
PISOS Y PINTURA	interno	EN BUEN ESTADO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	18/6/2025	18/12/2025													QUIROFANO 2
PISOS Y PINTURA	interno	EN BUEN ESTADO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	19/6/2025	19/12/2025													UCI
PISOS Y PINTURA	interno	EN BUEN ESTADO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	18/6/2025	19/12/2025													CIRUGIA 1
PISOS Y PINTURA	interno	EN BUEN ESTADO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	18/6/2025	19/12/2025													CURUGIA 2
PISOS Y PINTURA	interno	EN BUEN ESTADO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	18/6/2025	19/12/2025													CIRUGIA 3
PISOS Y PINTURA	interno	EN BUEN ESTADO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	19/6/2025	19/12/2025													PERINATO NEONATAL
PISOS Y PINTURA	interno	EN BUEN ESTADO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	19/6/2025	19/12/2025													PERINATO(ESTACION DE ENFERMERIA)
PISOS Y PINTURA	interno	EN BUEN ESTADO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	19/6/2025	19/12/2025													PERINATO 2
PISOS Y PINTURA	interno	EN BUEN ESTADO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	19/6/2025	19/12/2025													UCI NEONATAL

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA
Calidad Institucional
EN

HOSPITAL
REGIONAL JAIME MOTA

REPORTE

Actividad	SOPORTES INCIDENCIAS TECNOLOGICAS ATENDIDAS código 3.5.1.1.02			
Departamento	TECNOLOGIA			
Responsible	GERALD DE JESUS GOMEZ			
Fecha	30/06/2025	LUGAR	HOSPITAL JAIME MOTA	
Introducción	Reporte sobre los mantenimientos y soportes realizados en el mes de junio 2025 en el centro por el equipo de tecnología a los equipos informáticos de las distintas áreas del hospital.			
Metodología	Revisión de los soportes de las incidencias atendidas			
Description	Tenemos un total de 20 reportes de incidencias tecnológicas atendidas y debidamente reportadas este mes de junio, las mismas están divididas en 20 reportes individuales por cada incidencia reportada. Estas incidencias las podemos dividir en las siguientes según el incidente reportado: 1- Mantenimiento de impresoras 08 2- Instalación de impresoras 02 3- Instalación de computadora 01 4- Mantenimiento de redes 01 5- Mantenimiento de PC 4 6- Retiro de router wifi 2 7- Cambio de equipos informáticos de oficina 2			
Conclusions	Cada una de estas 20 incidencias reportadas fueron atendidas y dejado en funcionamiento los equipos intervenidos y cambiados los que fueron retirados de funcionamiento.			
Recommendations	Continuar realizando los mantenimientos con la poriosidad recomendada por los técnicos como hasta ahora, para mantener el sistema siempre trabajando en las mejores condiciones. ANEXO: Formularios de mantenimiento de equipos informáticos			

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Gerald Gomez

Firma y Sello del departamento responsable

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 09/06/25
Nombre: Gerald Gomez
Usuario: Ramona **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Información **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☒ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☐ Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca		**Marca**	
Modelo		**Modelo**	
Serio o Service Tag		**Serial o Service Tag**	
Código Activo Fijo		**Código Activo Fijo**	
Procesador (Velocidad Modelo/Generación)		**Tamaño**	
Memoria RAM			
Disco Duro (Capacidad)			
Tarjeta WIFI			

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

Mantenimiento Preventivo

Fecha de Ingreso	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

1.
2. Movimiento de departamento
3.
4.
5.
6.

Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Gerald Gomez
Firma de Técnico

Keydi R. Peña C.
Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 09 / 06 / 25
Nombre: Gerald Gomez
Usuario: Keidy **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Compra **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☑ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☑ Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca		**Marca**	
Modelo		**Modelo**	
Serio o Service Tag		**Serial o Service Tag**	
Código Activo Fijo		**Código Activo Fijo**	
Procesador (Velocidad Modelo/Generación)		**Tamaño**	
Memoria RAM			
Disco Duro (Capacidad)			
Tarjeta WIFI			

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

Mantenimiento Preventivo

Fecha de Ingreso	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

1.
2. Movimiento de departamento completo
3.
4.
5.
6.

Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA – TECNOLOGIA – SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Gerald Gomez
Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA – Compra EN

Keidy Forrero
Firma del Usuario

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS INFORMÁTICO
DTI-FO-011– Versión: 0
Fecha de aprobación: 26/4/202

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 03 / 06 / 25
Nombre: Gerald Gomez
Usuario: Angel Feliz **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Residencial **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☒ Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca		**Marca**	
Modelo		**Modelo**	
Serio o Service Tag		**Serial o Service Tag**	
Código Activo Fijo		**Código Activo Fijo**	
Procesador (Velocidad Modelo/Generación)		**Tamaño**	
Memoria RAM			
Disco Duro (Capacidad)			
Tarjeta WIFI			

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

Mantenimiento Preventivo

Fecha de Ingreso	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

1.
2. Instalación de nueva impresora
3.
4. epson L-1260 Ecotank
5.
6.

Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA – TECNOLOGÍA – SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Gerald Gomez
Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA – RECIDENCIA MEDICA – SERVICIO NACIONAL DE SALUD

3/6/25
Firma del Usuario

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS INFORMÁTICO
DTI-FO-011– Versión: 0
Fecha de aprobación: 26/4/202

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 05 / 06 / 25
Nombre: Cindy Gomez
Usuario: Saudy Amador **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Contributivo **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☒ Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca		**Marca**	
Modelo		**Modelo**	
Serio o Service Tag		**Serial o Service Tag**	
Código Activo Fijo		**Código Activo Fijo**	
Procesador (Velocidad Modelo/Generación)		**Tamaño**	
Memoria RAM			
Disco Duro (Capacidad)			
Tarjeta WIFI			

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

Mantenimiento Preventivo	**Fecha de Ingreso**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**
	1.				
	2. Cambio de cabezal impresora				
	3.				
	4. Canon 6210				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGÍA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Cindy Gomez
Firma de Técnico

Lic. Saudy Amador
Firma del Usuario

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
FACTURACIÓN
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS INFORMÁTICO
DTI-FO-011– Versión: 0
Fecha de aprobación: 26/4/202

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 05 / 06 / 25
Nombre: Ereld Gomez
Usuario: Jesus **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Contabilidad **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

- [x] Computadora de Escritorio
- [ ] Laptop
- [ ] Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca		**Marca**	
Modelo		**Modelo**	
Serio o Service Tag		**Serial o Service Tag**	
Código Activo Fijo		**Código Activo Fijo**	
Procesador (Velocidad Modelo/Generación)		**Tamaño**	
Memoria RAM			
Disco Duro (Capacidad)			
Tarjeta WIFI			

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

Mantenimiento Preventivo

Fecha de Ingreso	Día	Mes	Año	Hora

1.
2. Instalacion de computadoras
3.
4. completa
5.
6.

Fecha de Salida	Día	Mes	Año	Hora

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Ereld Gomez
Firma de Técnico

Firma del Usuario

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS INFORMÁTICO
DTI-FO-011– Versión: 0
Fecha de aprobación: 26/4/202

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 02 / 06 / 25
Nombre: Gerald Gomez
Usuario: Monitor **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Reinado **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☐ Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca		**Marca**	
Modelo		**Modelo**	
Serio o Service Tag		**Serial o Service Tag**	
Código Activo Fijo		**Código Activo Fijo**	
Procesador (Velocidad Modelo/Generación)		**Tamaño**	
Memoria RAM			
Disco Duro (Capacidad)			
Tarjeta WIFI			

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

Mantenimiento Preventivo

Fecha de Ingreso	Día	Mes	Año	Hora

1.
2. Mantenimiento en la Red
3.
4.
5.
6.

Fecha de Salida	Día	Mes	Año	Hora

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Gerald Gomez
Firma de Técnico

D.C. Martinez
Firma del Usuario

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS INFORMÁTICO
DTI-FO-011– Versión: 0
Fecha de aprobación: 26/4/202

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 02 / 06 / 25

Nombre: Gerald gomez

Usuario: oficina **Nomenclatura de Equipo:** _____

Departamento: oficina **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☐ Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca		**Marca**	
Modelo		**Modelo**	
Serio o Service Tag		**Serial o Service Tag**	
Código Activo Fijo		**Código Activo Fijo**	
Procesador (Velocidad Modelo/Generación)		**Tamaño**	
Memoria RAM			
Disco Duro (Capacidad)			
Tarjeta WIFI			

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

Mantenimiento Preventivo

Fecha de Ingreso	Día	Mes	Año	Hora

1.
2. Retirado de tinta y mantenimiento
3.
4.
5.
6.

Fecha de Salida	Día	Mes	Año	Hora

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO TECNOLOGIA SERVICIO NACIONAL

Firma de Técnico

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 02 / 06 / 25
Nombre: Gerald Gomez
Usuario: El Sai **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: BIH **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☐ Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca		**Marca**	
Modelo		**Modelo**	
Serio o Service Tag		**Serial o Service Tag**	
Código Activo Fijo		**Código Activo Fijo**	
Procesador (Velocidad Modelo/Generación)		**Tamaño**	
Memoria RAM			
Disco Duro (Capacidad)			
Tarjeta WIFI			

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

Mantenimiento Preventivo

Fecha de Ingreso	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

1.
2. Reparación de la computadora
3.
4.
5.
6.

Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD
TECNOLOGIA

Firma de Técnico

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 02 / 06 / 25
Nombre: Gerald Gomez
Usuario: Laura Feliz **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Virologia **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☐ Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca		**Marca**	
Modelo		**Modelo**	
Serio o Service Tag		**Serial o Service Tag**	
Código Activo Fijo		**Código Activo Fijo**	
Procesador (Velocidad Modelo/Generación)		**Tamaño**	
Memoria RAM			
Disco Duro (Capacidad)			
Tarjeta WIFI			

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

Mantenimiento Preventivo	**Fecha de Ingreso**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**
	1.				
	2. Mantenimiento a las impresoras				
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Gerald Gomez
Firma de Técnico

Laura Feliz
Firma del Usuario

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS INFORMÁTICO
DTI-FO-011– Versión: 0
Fecha de aprobación: 26/4/202

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 26 / 05 / 25

Nombre: Gerald Gomez

Usuario: Lenin **Nomenclatura de Equipo:** _____

Departamento: Post Quirurgico **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☐ Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca		**Marca**	
Modelo		**Modelo**	
Serio o Service Tag		**Serial o Service Tag**	
Código Activo Fijo		**Código Activo Fijo**	
Procesador (Velocidad Modelo/Generación)		**Tamaño**	
Memoria RAM			
Disco Duro (Capacidad)			
Tarjeta WIFI			

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

Mantenimiento Preventivo	**Fecha de Ingreso**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**
	1.				
	2. Mantenimiento de impresora				
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

TECNOLOGÍA SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL REFORMA

Firma de Técnico

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 29 / 05 / 25

Nombre: Gerald Yons

Usuario: Beikel **Nomenclatura de Equipo:** _____

Departamento: epidemiología **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☐ Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca		**Marca**	
Modelo		**Modelo**	
Serio o Service Tag		**Serial o Service Tag**	
Código Activo Fijo		**Código Activo Fijo**	
Procesador (Velocidad Modelo/Generación)		**Tamaño**	
Memoria RAM			
Disco Duro (Capacidad)			
Tarjeta WIFI			

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones					
Mantenimiento Preventivo	**Fecha de Ingreso**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**
	1.				
	2. Cambio de departamento y movimiento				
	3.				
	4. de red impresora y computadora				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO MATA LA VIEJA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
EPIDEMIOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 29 / 05 / 25

Nombre: Cindy Gomez

Usuario: Beikel **Nomenclatura de Equipo:** _____

Departamento: epidemiologia **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☐ Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca		**Marca**	
Modelo		**Modelo**	
Serio o Service Tag		**Serial o Service Tag**	
Código Activo Fijo		**Código Activo Fijo**	
Procesador (Velocidad Modelo/Generación)		**Tamaño**	
Memoria RAM			
Disco Duro (Capacidad)			
Tarjeta WIFI			

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

Mantenimiento Preventivo

Fecha de Ingreso	Día	Mes	Año	Hora

1.
2. Retiro de Router Wifi TP-Lin
3.
4. Motivo: de uso personal
5.
6.

Fecha de Salida	Día	Mes	Año	Hora

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA TECNOLOGIA SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Cindy Gomez
Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA EPIDEMIOLOGIA SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma del Usuario

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS INFORMÁTIC
DTI-FO-011– Versión:
Fecha de aprobación: 26/4/20

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 23 / 06 / 25

Nombre: Gerald Gomez

Usuario: Uci **Nomenclatura de Equipo:** _____

Departamento: Uci **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☑ Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca		**Marca**	
Modelo		**Modelo**	
Serio o Service Tag		**Serial o Service Tag**	
Código Activo Fijo		**Código Activo Fijo**	
Procesador (Velocidad Modelo/Generación)		**Tamaño**	
Memoria RAM			
Disco Duro (Capacidad)			
Tarjeta WIFI			

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

Mantenimiento Preventivo

Fecha de Ingreso	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

1.
2. Cambio de impresora Dañado
3.
4. por una Canon G3110
5.
6.

Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Gerald Gomez
Firma de Técnico

Wanda Cuello
Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 23 / 06 / 25

Nombre: Gerald Gomez

Usuario: Mario **Nomenclatura de Equipo:** _____

Departamento: Hemo diálisis **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☑ Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca		**Marca**	
Modelo		**Modelo**	
Serio o Service Tag		**Serial o Service Tag**	
Código Activo Fijo		**Código Activo Fijo**	
Procesador (Velocidad Modelo/Generación)		**Tamaño**	
Memoria RAM			
Disco Duro (Capacidad)			
Tarjeta WIFI			

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

Mantenimiento Preventivo

Fecha de Ingreso	Día	Mes	Año	Hora

1.
2. Cambio de impresora G2160 por
3.
4. G3110 de dirección
5.
6.

Fecha de Salida	Día	Mes	Año	Hora

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA – TECNOLOGIA – SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Gerald Gomez
Firma de Técnico

HEMODIALISIS – HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA – SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 20 / 06 / 25

Nombre: Gerald gomez

Usuario: _____ **Nomenclatura de Equipo:** _____

Departamento: Diez Diabéticos **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☑ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☐ Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca		**Marca**	
Modelo		**Modelo**	
Serio o Service Tag		**Serial o Service Tag**	
Código Activo Fijo		**Código Activo Fijo**	
Procesador (Velocidad Modelo/Generación)		**Tamaño**	
Memoria RAM			
Disco Duro (Capacidad)			
Tarjeta WIFI			

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

Mantenimiento Preventivo

Fecha de Ingreso	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

1.
2. Mantenimiento de computadora para
3.
4. dar departamento
5.
6.

Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGÍA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Gerald gomez
Firma de Técnico

Nadia Segura
Firma del Usuario

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS INFORMÁTIC
DTI-FO-011– Versión: (
Fecha de aprobación: 26/4/20

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 18 / 06 / 25

Nombre: Cyndi Gomez

Usuario: Lourdes Gonzalez **Nomenclatura de Equipo:** _____

Departamento: El Sai **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☐ Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca		**Marca**	
Modelo		**Modelo**	
Serio o Service Tag		**Serial o Service Tag**	
Código Activo Fijo		**Código Activo Fijo**	
Procesador (Velocidad Modelo/Generación)		**Tamaño**	
Memoria RAM			
Disco Duro (Capacidad)			
Tarjeta WIFI			

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

Mantenimiento Preventivo

Fecha de Ingreso	Día	Mes	Año	Hora

1.
2. Cambio de Router wifi
3.
4. y configuración
5.
6.

Fecha de Salida	Día	Mes	Año	Hora

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA – TECNOLOGÍA – SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Cyndi Gomez
Firma de Técnico

Lourdes M. Gonzalez
Firma del Usuario

18/6/25

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 11 / 06 / 25
Nombre: Genesis Gomez
Usuario: Jesus **Nomenclatura de Equipo:**
Departamento: Contabilidad **Extensión:**

Tipo de Equipo:

☑ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☐ Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca		**Marca**	
Modelo		**Modelo**	
Serio o Service Tag		**Serial o Service Tag**	
Código Activo Fijo		**Código Activo Fijo**	
Procesador (Velocidad Modelo/Generación)		**Tamaño**	
Memoria RAM			
Disco Duro (Capacidad)			
Tarjeta WIFI			

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

Mantenimiento Preventivo

Fecha de Ingreso	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

1.
2. Instalación de sistema operativo.
3.
4.
5.
6.

Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA – TECNOLOGIA – SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Genesis Gomez
Firma de Técnico

SERVICIO NACIONAL DE SALUD – HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA – CONTABILIDAD

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 11/06/25
Nombre: Gerald gomez
Usuario: mario **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Virologia **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☐ Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca		**Marca**	
Modelo		**Modelo**	
Serio o Service Tag		**Serial o Service Tag**	
Código Activo Fijo		**Código Activo Fijo**	
Procesador (Velocidad Modelo/Generación)		**Tamaño**	
Memoria RAM			
Disco Duro (Capacidad)			
Tarjeta WIFI			

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

Mantenimiento Preventivo

Fecha de Ingreso	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

1.
2. Reparación de impresora atasco de
3.
4. Papel.
5.
6.

Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA TECNOLOGIA SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Gerald gomez
Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA Serologia EN

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 12 / 06 / 25
Nombre: Gerald Gomez
Usuario: Nulla **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Consulta **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☑ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☑ Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca		**Marca**	
Modelo		**Modelo**	
Serio o Service Tag		**Serial o Service Tag**	
Código Activo Fijo		**Código Activo Fijo**	
Procesador (Velocidad Modelo/Generación)		**Tamaño**	
Memoria RAM			
Disco Duro (Capacidad)			
Tarjeta WIFI			

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

Mantenimiento Preventivo

Fecha de Ingreso	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

1.
2. Mantenimiento y lavado de tinta
3.
4.
5.
6.

Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA – TECNOLOGÍA – SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Gerald Gomez
Firma de Técnico

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 09/06/25
Nombre: Gisabel Gomez
Usuario: Karina **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Sub dirección **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

- ☑ Computadora de Escritorio
- ☐ Laptop
- ☑ Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca		**Marca**	
Modelo		**Modelo**	
Serio o Service Tag		**Serial o Service Tag**	
Código Activo Fijo		**Código Activo Fijo**	
Procesador (Velocidad Modelo/Generación)		**Tamaño**	
Memoria RAM			
Disco Duro (Capacidad)			
Tarjeta WIFI			

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

Mantenimiento Preventivo

Fecha de Ingreso	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

1.
2. Instalacion de impresora Canon
3.
4. G2110
5.
6.

Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA – TECNOLOGÍA – SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Gisabel Gomez
Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA – Sub Dirección – ENE

KARINA P.N
Firma del Usuario

SAN MIGUEL & CÍA, S.R.L.

PLANTAS ELÉCTRICAS // ASCENSORES & ESCALERAS MITSUBISHI

Factura

NCF	E450000000445
Valido Hasta	31/12/25
No. Documento	100142802
Condiciones	30 dias

CALLE PEÑA BATLLE #165
VILLA JUANA
SANTO DOMINGO
RNC: 101520574

DATOS DEL CLIENTE

Fecha	02/06/2025
Código	C06681
Nombre	HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA
RNC	430038415
Contacto	TEANNY PEREZ
Email	HOSPITALJAIMEMOTA@HOTMAIL.COM
Teléfono	
Dirección	AVE. CASANDRA DAMIRON #2

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANT.	PRECIO	TOTAL
S00065	MANTENIMIENTO PREVENTIVO ASCENSOR JUNIO 2025	1	RD$22,000.00	RD$22,000.00

SUB-TOTAL	**RD$22,000.00**
ITBIS	**RD$3,960.00**
TOTAL	**RD$25,960.00**

OBSERVACIONES

Las facturas vencidas devengarán un 2% mensual.
Cualquier duda o consulta que tenga sobre la factura, escribanos a: cobros@sanmiguel.com.do

Código de Seguridad: EwTAKz
Fecha de firma Digital: 02-06-2025

PROGRAMA DE DIALISIS

JUNIO 2025

Vigilancia de Agua Hemodialisis

FECHA	CLORO	DUREZA	PH	TDS	FIRMA
1/1/2025	5.1	00	6.8	01	YOVANNI
2/1/2025	5.1	00	7.2	02	YOVANNI
3/1/2025	5.1	00	6.8	03	YOVANNI
4/1/2025	5.1	00	6 8	01	YOVANNI
5/1/2025	5.1	00	6 8	02	YOVANNI
6/1/2025	5.1	00	7 2	03	YOVANNI
7/1/2025	5.1	00	6 8	02	YOVANNI
8/1/2025	5.1	00	6 8	01	YOVANNI
9/1/2025	5.1	00	6 8	02	YOVANNI
10/1/2025	5.1	00	7 2	03	YOVANNI
11/1/2025	5.1	00	6 8	02	YOVANNI
12/1/2025	5.1	00	6 8	03	YOVANNI
13/1/2025	5.1	00	7 2	02	YOVANNI
14/1/2025	5.1	00	6 8	03	YOVANNI
15/1/2025	5.1	00	6 8	02	YOVANNI
16/1/2025	5.1	00	7 2	01	YOVANNI
17/1/2025	5.1	00	6 8	01	YOVANNI
18/1/2025	5.1	00	7 2	01	YOVANNI
19/1/2025	5.1	00	6 8	02	YOVANNI
20/1/2025	5.1	00	6 8	01	YOVANNI
21/1/2025	5.1	00	6 8	01	YOVANNI
22/1/2025	5.1	00	7 2	02	YOVANNI
23/1/2025	5.1	00	6 8	03	YOVANNI
24/1/2025	5.1	00	7 2	02	YOVANNI
25/1/2025	5.1	00	6 8	01	YOVANNI
26/1/2025	5.1	00	6 8	02	YOVANNI
27/1/2025	5.1	00	6 8	03	YOVANNI
28/1/2025	5.1	00	7 2	01	YOVANNI
29/1/2025	5.1	00	6 8	02	YOVANNI
30/1/2025	5.1	00	6 8	01	YOVANNI

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD
EPIDEMIOLOGIA

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Plan de Mantenimiento Preventivo
DADM-FO-020 Versión: 01
Fecha de aprobación: 04/04/2019

Fecha: 19/6/2025 **Ficha No:**

Datos del Equipo

Nombre: PISOS Y PINTURA
Marca: **Modelo:**
Serie:
Ubicación: PERINATO ESTACION DE ENFERMERIA **Inventario No.**
Periodo: 4M ☐ 6M ☐ 12M ☐ **Otro:** SEMESTRAL
Notas: VERIFICACION DEL ESTADO DE LOS PISOS Y LA PINTURA Y CORREGIR LAS IMPERFECIONES

Descripción de Acciones

Inspección Física ☐
Revisión Operacional ☐
Verificación Autodiagnóstico ☐

Otras acciones:

Materiales Utilizados

PINTURA

Condición Final ✓ ☐ ✕ ☐

SE REVISARON LOS PISOS ESTANDO EN BUENAS CONDICIONES Y SE CORRIGIO LA PARTE DE LA PINTURA DONDE HABIA DAÑOS

Justo Trinidad
Nombre del Electromédico

Lic Yajaira Matos
Encargado de Área

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Plan de Mantenimiento Preventivo
DADM-FO-020 Versión: 01
Fecha de aprobación: 04/04/2019

Fecha: 19/6/2025 **Ficha No:**

Datos del Equipo

Nombre: PISOS Y PINTURA
Marca: **Modelo:**
Serie:
Ubicación: PERINATO 2 **Inventario No.**
Periodo: 4M ☐ 6M ☐ 12M ☐ **Otro:** SEMESTRAL
Notas: VERIFICACION DEL ESTADO DE LOS PISOS Y LA PINTURA Y CORREGIR LAS IMPERFECIONES

Descripción de Acciones

Inspección Física ☐
Revisión Operacional ☐
Verificación Autodiagnóstico ☐

Otras acciones:

Materiales Utilizados

PINTURA

Condición Final ✓ ☐ ✕ ☐

SE REVISARON LOS PISOS ESTANDO EN BUENAS CONDICIONES Y SE CORRIGIO LA PARTE DE LA PINTURA DONDE HABIA DAÑOS

Justo Trinidad
Nombre del Electromédico

Lic Yajaira Muñoz
Encargado de Área

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Plan de Mantenimiento Preventivo
DADM-FO-020 Versión: 01
Fecha de aprobación: 04/04/2019

Fecha: 19/6/2025 **Ficha No:**

Datos del Equipo

Nombre: PISOS Y PINTURA
Marca: **Modelo:**
Serie:
Ubicación: PERINATO NEONATAL **Inventario No.**
Periodo: 4M ☐ 6M ☐ 12M ☐ **Otro:** SEMESTRAL
Notas: VERIFICACION DEL ESTADO DE LOS PISOS Y LA PINTURA Y CORREGIR LAS IMPERFECIONES

Descripción de Acciones

Inspección Física ☐
Revisión Operacional ☐
Verificación Autodiagnóstico ☐

Otras acciones:

Materiales Utilizados

PINTURA

Condición Final ✓ ☐ ✕ ☐

SE REVISARON LOS PISOS ESTANDO EN BUENAS CONDICIONES Y SE CORRIGIO LA PARTE DE LA PINTURA DONDE HABIA DAÑOS

Justo Trinidad
Nombre del Electromédico

Lic Yajaira Añon
Encargado de Área

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Plan de Mantenimiento Preventivo
DADM-FO-020 Versión: 01
Fecha de aprobación: 04/04/2019

Fecha: 19/6/2025 **Ficha No:**

Datos del Equipo

Nombre: PISOS Y PINTURA
Marca: **Modelo:**
Serie:
Ubicación: UCI NEONATAL **Inventario No.**
Periodo: 4M ☐ 6M ☐ 12M ☐ **Otro:** SEMESTRAL
Notas: VERIFICACION DEL ESTADO DE LOS PISOS Y LA PINTURA Y CORREGIR LAS IMPERFECIONES

Descripción de Acciones

Inspección Física ☐
Revisión Operacional ☐
Verificación Autodiagnóstico ☐

Otras acciones:

Materiales Utilizados

PINTURA

Condición Final ✓ ☐ ✗ ☐

SE REVISARON LOS PISOS ESTANDO EN BUENAS CONDICIONES Y SE CORRIGIO LA PARTE DE LA PINTURA DONDE HABIA DAÑOS

HOSPITAL SECCIONAL UNIVERSITARIO JOSE MARIA MORELOS MANTENIMIENTO SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Jesus Trinidad
Nombre del Electromédico

Lic Yajaira Muñoz
Encargado de Área

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Plan de Mantenimiento Preventivo
DADM-FO-020 Versión: 01
Fecha de aprobación: 04/04/2019

Fecha: 19/6/2025 **Ficha No:**

Datos del Equipo

Nombre: PISOS Y PINTURA
Marca: **Modelo:**
Serie:
Ubicación: UCI **Inventario No.**
Periodo: **4M** ☐ **6M** ☐ **12M** ☐ **Otro:** SEMESTRAL
Notas: VERIFICACION DEL ESTADO DE LOS PISOS Y LA PINTURA Y CORREGIR LAS IMPERFECIONES

Descripción de Acciones

Inspección Física ☐
Revisión Operacional ☐
Verificación Autodiagnóstico ☐

Otras acciones:

Materiales Utilizados

PINTURA

Condición Final ✓ ☐ ✗ ☐

SE REVISARON LOS PISOS ESTANDO EN BUENAS CONDICIONES Y SE CORRIGIO LA PARTE DE LA PINTURA DONDE HABIA DAÑOS

Justo Trinidad
Nombre del Electromédico

Lic Yajaira Montes
Encargado de Área

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Plan de Mantenimiento Preventivo
DADM-FO-020 Versión: 01
Fecha de aprobación: 04/04/2019

Fecha: 19/6/2025 **Ficha No:**

Datos del Equipo

Nombre: INTERRUPTOR PARA LOS MONITORES
Marca: **Modelo:**
Serie:
Ubicación: POST-QUIRURGICO (SALA) **Inventario No.**
Periodo: **4M** ☐ **6M** ☐ **12M** ☐ **Otro:** SEMESTRAL
Notas: VERIFICACION DEL ESTADO DE LOS INTERRUPTORES Y CAMBIAR LOS DAÑADOS

Descripción de Acciones

Inspección Física ☐
Revisión Operacional ☐
Verificación Autodiagnóstico ☐

Otras acciones:

Materiales Utilizados

OBSERCACION . INTERRUPTORES

Condición Final ✓ ☐ ✕ ☐

Fueron revisados los interruptores y se cambiaron los que no estaba Funcionando correctamente, dejando todos funcionando.

Justo Trinidad — **Nombre del Electromédico**

Ada Suero — **Encargado de Área**

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Plan de Mantenimiento Preventivo
DADM-FO-020 Versión: 01
Fecha de aprobación: 04/04/2019

Fecha: 18/6/2025 **Ficha No:**

Datos del Equipo

Nombre: LAMPARAS, TOMA CORRIENTE E INTERRUPTORES
Marca: **Modelo:**
Serie:
Ubicación: BLOQUE DE CIRUGIA **Inventario No.**
Periodo: 4M ☐ 6M ☐ 12M ☐ **Otro:** SEMESTRAL
Notas: VERIFICACION DEL ESTADO DE LAS LAMPARAS, LOS TOMACORRIENTES Y LOS INTERRUPTORES Y CAMBIAR LOS DAÑADOS

Descripción de Acciones

Inspección Física ☐
Revisión Operacional ☐
Verificación Autodiagnóstico ☐

Otras acciones:

Materiales Utilizados

OBSERCACION . LAMPARAS. TOMA CORRIENTES E INTERRUPTORES

Condición Final ✓ ☐ ✕ ☐

Fueron revisados las lámpara, los tomacorrientes y los interruptores y se cambiaron los que no estaba Funcionando correctamente, dejando todos funcionando y el área correctamente iluminada

Justo Trinidad
Nombre del Electromédico

Anibal Feliz
Encargado de Área

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Plan de Mantenimiento Preventivo
DADM-FO-020 Versión: 01
Fecha de aprobación: 04/04/2019

Fecha: 18/6/2025 **Ficha No:**

Datos del Equipo

Nombre: LAMPARAS
Marca: **Modelo:**
Serie:
Ubicación: PASILLO DEL QUIROFANO **Inventario No.**
Periodo: **4M** ☐ **6M** ☐ **12M** ☐ **Otro:** SEMESTRAL
Notas: VERIFICACION DEL ESTADO DE LAS LAMPARAS Y CAMBIAR LOS DAÑADAS

Descripción de Acciones

Inspección Física ☐
Revisión Operacional ☐
Verificación Autodiagnóstico ☐

Otras acciones:

Materiales Utilizados

REVISION DE LAS LAMPARAS

Condición Final ✓ ☐ ✗ ☐

se cambiaron las lámparas que no estaban Funcionando correctamente dejando todos funcionando y el área correctamente iluminada

Jesús Trinidad
Nombre del Electromédico

Avilda Feliz
Encargado de Área

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Plan de Mantenimiento Preventivo
DADM-FO-020 Versión: 01
Fecha de aprobación: 04/04/2019

Fecha: 18/6/2025 **Ficha No:**

Datos del Equipo

Nombre: LAMPARAS, TOMA CORRIENTE E INTERRUPTORES
Marca: **Modelo:**
Serie:
Ubicación: QUIROFANO 3 **Inventario No.**
Periodo: 4M ☐ 6M ☐ 12M ☐ Otro: SEMESTRAL
Notas: VERIFICACION DEL ESTADO DE LAS LAMPARAS, LOS TOMACORRIENTES Y LOS INTERRUPTORES Y CAMBIAR LOS DAÑADOS

Descripción de Acciones

Inspección Física ☐
Revisión Operacional ☐
Verificación Autodiagnóstico ☐

Otras acciones:

Materiales Utilizados

OBSERCACION . LAMPARAS. TOMA CORRIENTES E INTERRUPTORES

Condición Final ✓ ☐ ✕ ☐

Fueron revisados las lámpara, los tomacorrientes y los interruptores y se cambiaron los que no estaba Funcionando correctamente, dejando todos funcionando y el área correctamente iluminada

Justo Trinidad
Nombre del Electromédico

Awilda Feliz
Encargado de Área

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Plan de Mantenimiento Preventivo
DADM-FO-020 Versión: 01
Fecha de aprobación: 04/04/2019

Fecha: 18/6/2025 **Ficha No:**

Datos del Equipo

Nombre: LAMPARAS, TOMA CORRIENTE E INTERRUPTORES
Marca: **Modelo:**
Serie:
Ubicación: QUIROFANO ESTACION ENFERMERIA **Inventario No.**
Periodo: **4M** ☐ **6M** ☐ **12M** ☐ **Otro:** SEMESTRAL
Notas: VERIFICACION DEL ESTADO DE LAS LAMPARAS, LOS TOMACORRIENTES Y LOS INTERRUPTORES Y CAMBIAR LOS DAÑADOS

Descripción de Acciones

Inspección Física ☐
Revisión Operacional ☐
Verificación Autodiagnóstico ☐

Otras acciones:

Materiales Utilizados

OBSERCACION . LAMPARAS. TOMA CORRIENTES E INTERRUPTORES

Condición Final ✓ ☐ ✗ ☐

Fueron revisados las lámpara, los tomacorrientes y los interruptores y se cambiaron los que no estaba Funcionando correctamente, dejando todos funcionando y el área correctamente iluminada

Justo Trinidad
Nombre del Electromédico

Aurilda Feliz
Encargado de Área

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Plan de Mantenimiento Preventivo
DADM-FO-020 Versión: 01
Fecha de aprobación: 04/04/2019

Fecha: 18/6/2025 **Ficha No:**

Datos del Equipo

Nombre: LAMPARAS, TOMA CORRIENTE E INTERRUPTORES
Marca: **Modelo:**
Serie:
Ubicación: DEPOSITO DE MATERIALES **Inventario No.**
Periodo: 4M ☐ 6M ☐ 12M ☐ **Otro:** SEMESTRAL
Notas: VERIFICACION DEL ESTADO DE LAS LAMPARAS, LOS TOMACORRIENTES Y LOS INTERRUPTORES Y CAMBIAR LOS DAÑADOS

Descripción de Acciones

Inspección Física ☐
Revisión Operacional ☐
Verificación Autodiagnóstico ☐

Otras acciones:

Materiales Utilizados

OBSERCACION . LAMPARAS. TOMA CORRIENTES E INTERRUPTORES

Condición Final ✓ ☐ ✗ ☐

Fueron revisados las lámpara, los tomacorrientes y los interruptores y se cambiaron los que no estaba Funcionando correctamente, dejando todos funcionando y el área correctamente iluminada

Justo Trinidad
Nombre del Electromédico

Awilda feliz
Encargado de Área

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Plan de Mantenimiento Preventivo
DADM-FO-020 Versión: 01
Fecha de aprobación: 04/04/2019

Fecha: 18/6/2025 **Ficha No:**

Datos del Equipo

Nombre: PISOS Y PINTURA
Marca: **Modelo:**
Serie:
Ubicación: CIRUGIA 3 **Inventario No.**
Periodo: 4M ☐ 6M ☐ 12M ☐ **Otro:** SEMESTRAL
Notas: VERIFICACION DEL ESTADO DE LOS PISOS Y LA PINTURA Y CORREGIR LAS IMPERFECIONES

Descripción de Acciones

Inspección Física ☐
Revisión Operacional ☐
Verificación Autodiagnóstico ☐

Otras acciones:

Materiales Utilizados

PINTURA

Condición Final ✓ ☐ ✗ ☐

SE REVISARON LOS PISOS ESTANDO EN BUENAS CONDICIONES Y SE CORRIGIO LA PARTE DE LA PINTURA DONDE HABIA DAÑOS

Justo Trinidad
Nombre del Electromédico

Awilda Feliz
Encargado de Área

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Plan de Mantenimiento Preventivo
DADM-FO-020 Versión: 01
Fecha de aprobación: 04/04/2019

Fecha: 18/6/2025 **Ficha No:**

Datos del Equipo

Nombre: PISOS Y PINTURA
Marca: **Modelo:**
Serie:
Ubicación: QUIROFANO 2 **Inventario No.**
Periodo: 4M ☐ 6M ☐ 12M ☐ **Otro:** SEMESTRAL
Notas: VERIFICACION DEL ESTADO DE LOS PISOS Y LA PINTURA Y CORREGIR LAS IMPERFECIONES

Descripción de Acciones

Inspección Física ☐
Revisión Operacional ☐
Verificación Autodiagnóstico ☐

Otras acciones:

Materiales Utilizados

PINTURA

Condición Final ✓ ☐ ✗ ☐

SE REVISARON LOS PISOS ESTANDO EN BUENAS CONDICIONES Y SE CORRIGIO LA PARTE DE LA PINTURA DONDE HABIA DAÑOS

Justo Trinidad
Nombre del Electromédico

Avilda Feliz
Encargado de Área

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Plan de Mantenimiento Preventivo
DADM-FO-020 Versión: 01
Fecha de aprobación: 04/04/2019

Fecha: 18/6/2025 **Ficha No:**

Datos del Equipo

Nombre: PISOS Y PINTURA
Marca: **Modelo:**
Serie:
Ubicación: CIRUGIA 1 **Inventario No.**
Periodo: **4M** ☐ **6M** ☐ **12M** ☐ **Otro:** SEMESTRAL
Notas: VERIFICACION DEL ESTADO DE LOS PISOS Y LA PINTURA Y CORREGIR LAS IMPERFECIONES

Descripción de Acciones

Inspección Física ☐
Revisión Operacional ☐
Verificación Autodiagnóstico ☐

Otras acciones:

Materiales Utilizados

PINTURA

Condición Final ✓ ☐ ✗ ☐

SE REVISARON LOS PISOS ESTANDO EN BUENAS CONDICIONES Y SE CORRIGIO LA PARTE DE LA PINTURA DONDE HABIA DAÑOS

Justo Trinidad
Nombre del Electromédico

Awilda Feliz
Encargado de Área

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Plan de Mantenimiento Preventivo
DADM-FO-020 Versión: 01
Fecha de aprobación: 04/04/2019

Fecha: 18/6/2025 **Ficha No:**

Datos del Equipo

Nombre: LAMPARAS, TOMA CORRIENTE E INTERRUPTORES
Marca: **Modelo:**
Serie:

Ubicación: CENTRAL DE EQUIPOS) **Inventario No.**

Periodo: **4M** ☐ **6M** ☐ **12M** ☐ **Otro:** SEMESTRAL

Notas: VERIFICACION DEL ESTADO DE LAS LAMPARAS, LOS TOMACORRIENTES Y LOS INTERRUPTORES Y CAMBIAR LOS DAÑADOS

Descripción de Acciones

Inspección Física ☐
Revisión Operacional ☐
Verificación Autodiagnóstico ☐

Otras acciones:

Materiales Utilizados

OBSERCACION . LAMPARAS. TOMA CORRIENTES E INTERRUPTORES

Condición Final ✓ ☐ ✓ ✕ ☐ ☐

Fueron revisados las lámpara, los tomacorrientes y los interruptores y se cambiaron los que no estaba Funcionando correctamente, dejando todos funcionando y el área correctamente iluminada

Justo Trinidad
Nombre del Electromédico

Awilda Feliz
Encargado de Área

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Plan de Mantenimiento Preventivo
DADM-FO-020 Versión: 01
Fecha de aprobación: 04/04/2019

Fecha: 18/6/2025 **Ficha No:**

Datos del Equipo

Nombre: LAMPARAS, TOMA CORRIENTE E INTERRUPTORES
Marca: **Modelo:**
Serie:
Ubicación: QUIROFANO 1 **Inventario No.**
Periodo: 4M ☐ 6M ☐ 12M ☐ **Otro:** SEMESTRAL
Notas: VERIFICACION DEL ESTADO DE LAS LAMPARAS, LOS TOMACORRIENTES Y LOS INTERRUPTORES Y CAMBIAR LOS DAÑADOS

Descripción de Acciones

Inspección Física ☐
Revisión Operacional ☐
Verificación Autodiagnóstico ☐

Otras acciones:

Materiales Utilizados

OBSERCACION . LAMPARAS. TOMA CORRIENTES E INTERRUPTORES

Condición Final ✓ ☐ ✓ ☐ ✕ ☐ ☐

Fueron revisados las lámpara, los tomacorrientes y los interruptores y se cambiaron los que no estaba Funcionando correctamente, dejando todos funcionando y el área correctamente iluminada

Justo Trinidad
Nombre del Electromédico

Aneilda Feliz
Encargado de Área

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Plan de Mantenimiento Preventivo
DADM-FO-020 Versión: 01
Fecha de aprobación: 04/04/2019

Fecha: 19/6/205 **Ficha No:**

Datos del Equipo

Nombre: LAMPARAS, TOMA CORRIENTE E INTERRUPTORES
Marca: **Modelo:**
Serie:
Ubicación: QUIROFANO 2 **Inventario No.**
Periodo: 4M ☐ 6M ☐ 12M ☐ **Otro:** SEMESTRAL
Notas: VERIFICACION DEL ESTADO DE LAS LAMPARAS, LOS TOMACORRIENTES Y LOS INTERRUPTORES Y CAMBIAR LOS DAÑADOS

Descripción de Acciones

Inspección Física ☐
Revisión Operacional ☐
Verificación Autodiagnóstico ☐

Otras acciones:

Materiales Utilizados

OBSERCACION . LAMPARAS. TOMA CORRIENTES E INTERRUPTORES

Condición Final ✔ ☐ ✕ ☐

Fueron revisados las lámpara, los tomacorrientes y los interruptores y se cambiaron los que no estaba Funcionando correctamente, dejando todos funcionando y el área correctamente iluminada

Justo Trinidad
Nombre del Electromédico

Awilda Feliz
Encargado de Área

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Plan de Mantenimiento Preventivo
DADM-FO-020 Versión: 01
Fecha de aprobación: 04/04/2019

Fecha: 18/6/2025 **Ficha No:**

Datos del Equipo

Nombre: LAMPARAS, TOMA CORRIENTE E INTERRUPTORES
Marca: **Modelo:**
Serie:

Ubicación: AREA DE ESTERILIZACION **Inventario No.**

Periodo: **4M** ☐ **6M** ☐ **12M** ☐ **Otro:** SEMESTRAL

Notas: VERIFICACION DEL ESTADO DE LAS LAMPARAS, LOS TOMACORRIENTES Y LOS INTERRUPTORES Y CAMBIAR LOS DAÑADOS

Descripción de Acciones

Inspección Física ☐
Revisión Operacional ☐
Verificación Autodiagnóstico ☐

Otras acciones:

Materiales Utilizados

OBSERCACION . LAMPARAS. TOMA CORRIENTES E INTERRUPTORES

Condición Final ✔ ☑ ✕ ☐

Fueron revisados las lámpara, los tomacorrientes y los interruptores y se cambiaron los que no estaba Funcionando correctamente, dejando todos funcionando y el área correctamente iluminada

Justo Trinidad
Nombre del Electromédico

Awilda Feliz
Encargado de Área

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Plan de Mantenimiento Preventivo
DADM-FO-020 Versión: 01
Fecha de aprobación: 04/04/2019

Fecha: 18/6/2025 **Ficha No:**

Datos del Equipo

Nombre: PISOS Y PINTURA
Marca: **Modelo:**
Serie:
Ubicación: CIRUGIA 2 **Inventario No.**
Periodo: 4M ☐ 6M ☐ 12M ☐ **Otro:** SEMESTRAL
Notas: VERIFICACION DEL ESTADO DE LOS PISOS Y LA PINTURA Y CORREGIR LAS IMPERFECIONES

Descripción de Acciones

Inspección Física ☐
Revisión Operacional ☐
Verificación Autodiagnóstico ☐

Otras acciones:

Materiales Utilizados

PINTURA

Condición Final ✓ ☐ ✗ ☐

SE REVISARON LOS PISOS ESTANDO EN BUENAS CONDICIONES Y SE CORRIGIO LA PARTE DE LA PINTURA DONDE HABIA DAÑOS

Justo Trinidad
Nombre del Electromédico

Awilda Feliz
Encargado de Área

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Plan de Mantenimiento Preventivo
DADM-FO-020 Versión: 01
Fecha de aprobación: 04/04/2019

Fecha: 18/6/2025 **Ficha No:**

Datos del Equipo

Nombre: LAMPARAS, TOMA CORRIENTE E INTERRUPTORES
Marca: **Modelo:**
Serie:
Ubicación: SALA DE CIRUGIA 2 **Inventario No.**
Periodo: **4M** ☐ **6M** ☐ **12M** ☐ **Otro:** SEMESTRAL
Notas: VERIFICACION DEL ESTADO DE LAS LAMPARAS, LOS TOMACORRIENTES Y LOS INTERRUPTORES Y CAMBIAR LOS DAÑADOS

Descripción de Acciones

Inspección Física ☐
Revisión Operacional ☐
Verificación Autodiagnóstico ☐

Otras acciones:

Materiales Utilizados

OBSERCACION . LAMPARAS. TOMA CORRIENTES E INTERRUPTORES

Condición Final ✓ ☐ ✗ ☐

Fueron revisados las lámpara, los tomacorrientes y los interruptores y se cambiaron los que no estaba Funcionando correctamente, dejando todos funcionando y el área correctamente iluminada

Josh Trinidad
Nombre del Electromédico

Avilda Feliz
Encargado de Área

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Plan de Mantenimiento Preventivo
DADM-FO-020 Versión: 01
Fecha de aprobación: 04/04/2019

Fecha: 18/6/2025 **Ficha No:**

Datos del Equipo

Nombre: LAMPARAS, TOMA CORRIENTE E INTERRUPTORES
Marca: **Modelo:**
Serie:
Ubicación: SALA DE CIRUGIA 1 **Inventario No.**
Periodo: **4M** ☐ **6M** ☐ **12M** ☐ **Otro:** SEMESTRAL
Notas: VERIFICACION DEL ESTADO DE LAS LAMPARAS, LOS TOMACORRIENTES Y LOS INTERRUPTORES Y CAMBIAR LOS DAÑADOS

Descripción de Acciones

Inspección Física ☐
Revisión Operacional ☐
Verificación Autodiagnóstico ☐

Otras acciones:

Materiales Utilizados

OBSERCACION . LAMPARAS. TOMA CORRIENTES E INTERRUPTORES

Condición Final ✔ ☐ ✕ ☐

Fueron revisados las lámpara, los tomacorrientes y los interruptores y se cambiaron los que no estaba Funcionando correctamente, dejando todos funcionando y el área correctamente iluminada

Justo Trinidad
Nombre del Electromédico

Awilda Feliz
Encargado de Área