SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

(Fecha: 31- JULIO-2025.)

Plan de Mantenimiento Preventivo / Correctivo
XXX-FO-XXX Versión: 01
Fecha de aprobación: 4/05/2021

Instalación / Maquinaria	Elementos del Equipo a realizar Mantenimiento.	Descripción Actividad a Realizar	Mantenimiento Prevent. o Correct.	Periodicidad para Revisión	Ultimo 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	31/7/2025	26/8/2025													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	31/7/2025	26/8/2025													anexo informe y formularios demantenimientos
ASCENSOR IMCALIFT-CELSUS EASY P15 (1125KG) 2 S/O (DOBLE ENTRADA	EXTERNO	ASCENSORES	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	MENSUAL	1/7/2025	1/8/2025													FACTURA ANEXA
ASCENSOR IMCALIFT-CELSUS EASY P15 (1125KG) 3 S/O	EXTERNO	ASCENSORES	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	MENSUAL	1/7/2025	1/8/2025													FACTURA ANEXA
UNIDAD DE HEMODIALISIS	EXTERNO	EQUIPOS DE LA UNIDAD	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	MENSUAL	31/7/2025	26/8/2025													hoja de reporte
PLANTA ELECTRICA	EXTERNO	PLANTA ELECTRICA CON MANTENIMIENTOS AL DIA	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	CUATRIMESTRAL															
AIRE MEDICO	EXTERNO	AIRE MEDICO FUNCIONANDO CORRECTAMENTE	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	CUATRIMESTRAL															
PISOS Y PINTURA	interno	EN BUEN ESTADO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	CUATRIMESTRAL	17/7/2025	17/11/2025													**PRE-PARTO**
PISOS Y PINTURA	interno	EN BUEN ESTADO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	CUATRIMESTRAL	17/7/2025	17/11/2025													**POST-PARTO**
PISOS Y PINTURA	interno	EN BUEN ESTADO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	CUATRIMESTRAL	17/7/2025	17/11/2025													**EXPULSIVO**
REPARACION DE CAUTERIOS	EXTERNO	DEJADO FUNCIONANDO CORRECTAMENTE	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	31/7/2025	31/1/2026													**REPORTE**
REPARACION DE TORRES DE LAPAROSCOPIO	EXTERNO	DEJADO FUNCIONANDO CORRECTAMENTE	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	23/7/2025	23/1/2026													**REPORTE**

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Formulario para Solicitud de Servicio de Mantenimiento

DADM-FO-018 Versión: 01
Fecha de aprobación: 14/03/2019

Fecha Realización: 23/07/2025 **Área Solicitante:** Quirofano

Trabajos a Efectuar

Revisión de 2 torres de laparoscopia.

Observaciones

Firma del Solicitante

Firma del Técnico

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Formulario para Solicitud de Servicio de Mantenimiento

DADM-FO-018 Versión: 01
Fecha de aprobación: 14/03/2019

Fecha Realización: 31/07/2025 **Área Solicitante:** Sala de Parto

Trabajos a Efectuar

Reparación de 2 cauterio

Observaciones

Firma del Solicitante

Firma del Técnico

PROGRAMA DE DIALISIS

JULIO 1/2025

FECHA	CLORO	DUREZA	PH	TDS	FIRMA
1/1/2025	5.1	00	6 8	60	YOVANNY
2/2025	5.1	00	7 3	03	YOVANNY
3/2025	5.1	00	6.7	01	YOVANNY
4/2025	5.1	00	6.8	02	YOVANNY
5/2025	5.1	00	6.7	02	YOVANNY
6/2025	5.1	00	6 8	03	YOVANNY
7/2025	5 1	00	6 8	00	YOVANNY
8/2025	5.1	00	7.2	01	YOVANNY
9/2025	5.1	00	6 7	02	YOVANNY
10/2025	5.1	00	7.2	02	YOVANNY
11/2025	5.1	00	6 7	02	YOVANNY
12/2025	5.1	00	6 7	02	YOVANNY
13/2025	5.1	00	7 3	01	YOVANNY
14/2025	5.1	00	6 8	02	YOVANNY
15/2025	5.1	00	6 7	02	YOVANNY
16/2025	5.1	00	6 8	01	YOVANNY
17/2025	5.1	00	7 2	02	YOVANNY
18/2025	5.1	00	6 8	00	YOVANNY
19/2025	5.1	00	6 8	02	YOVANNY
20/2025	5.1	00	6 7	02	YOVANNY
21/2025	5.1	00	7 2	01	YOVANNY
22/2025	5.1	00	6 7	02	YOVANNY
23/2025	5.1	00	6 8	02	YOVANNY
24/2025	5.1	00	6 8	01	YOVANNY
25/2025	5.1	00	6 8	02	YOVANNY
26/2025	5.1	00	7 2	02	YOVANNY
27/2025	5.1	00	6 7	01	YOVANNY
28/2025	5.1	00	7 2	02	YOVANNY
29/2025	5.1	00	6 7	03	YOVANNY
30/2025	5.1	00	6 8	01	YOVANNY
31/2025	5.1	00	6 8	02	YOVANNY
					YOVANNY
					YOVANNY
					YOVANNY
					YOVANNY
					YOVANNY

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
SERVICIO DE SALUD
EPIDEMIOLOGIA

HOSPITAL
REGIONAL JAIME MOTA

REPORTE

Actividad	SOPORTES INCIDENCIAS TECNOLOGICAS ATENDIDAS código 3.5.1.1.02			
Departamento	TECNOLOGIA			
Responsible	GERALD DE JESUS GOMEZ			
Fecha	31/07/2025	LUGAR	HOSPITAL JAIME MOTA	
Introducción	Reporte sobre los mantenimientos y soportes realizados en el mes de julio 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 19 reportes de incidencias tecnológicas atendidas y debidamente reportadas este mes de julio, las mismas están divididas en 18 reportes individuales por cada incidencia reportada. Estas incidencias las podemos dividir en las siguientes según el incidente reportado: 1- Mantenimiento de impresoras 11 2- Instalación de impresoras 02 3- Instalación de línea telefónica 01 4- cableado de red 01 5- configuración de red telefónica 01 6- INSTALACION DE RED 01 7- Cambio de UPS 01 8- REPARACION DE IMPRESORA 01			
Conclusions	Cada una de estas 19 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			

Firma y Sello del departamento responsable

SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA TECNOLOGIA

Av. Casandra Damirón, Esq. Víctor Matos N°7. Barahona, Rep. Dom. Tel. 809.524.2586
hospitaljaimemota@hotmail.com

REN 6

SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

FORMULARIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS INFORMÁTICOS
DTI-FO-011– Versión: 01
Fecha de aprobación: 26/4/2021

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 04 / 07 / 25

Nombre: Gerald Gomez

Usuario: Unibe Morelo **Nomenclatura de Equipo:** _____

Departamento: Facturación imagen **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**
		4	7	25	10:00 am
	1.				
	2. Instalación de línea de				
	3.				
	4. teléfono				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Gerald Gomez
Firma de Técnico

Unibe Morelo
Firma del Usuario

SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

FORMULARIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS INFORMÁ
DTI-FO-011– Versió
Fecha de aprobación: 26/4

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 07/07/2025
Nombre: Pediatria EN
Usuario: [illegible] **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: _____ **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**
		07	07	2025	
	1. Rellenado				
	2.				
	3.				
	4. Mantenimiento				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

[signature]
Firma de Técnico

Elena Segura
Firma del Usuario

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA
Pediatría
EN

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 07/07/2025
Nombre: Pediatria
Usuario: Franklin Feliz **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: _____ **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**
		07	07	2025	
	1. Rellenado				
	2.				
	3.				
	4. Mantenimiento				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA
Pediatría
EN

Lic. Espinosa
Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 27/07/2025
Nombre: Administración EN
Usuario: _____ **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: _____ **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. Rellenado				
	2.				
	3. Mantenimiento				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

Firma del Usuario

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOSCOSO
Facturación
EN

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 05 / 07 / 2025

Nombre: Laboratorio

Usuario: Franklyn Feliz **Nomenclatura de Equipo:** _____

Departamento: _____ **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☒ Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca	EPSON	**Marca**	
Modelo	L3250	**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**
		05	07	2025	
	1.				
	2. Instalación de Impresora				
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

Dr. Paulina Santana
Firma del Usuario

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA EN

SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

FORMULARIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS INFORMÁTICOS
DTI-FO-011– Versión: 01
Fecha de aprobación: 26/4/2021

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 05/07/2025
Nombre: Emergencia
Usuario: Franklin Feliz **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: _____ **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☒ Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca	EPSON	**Marca**	
Modelo	L3250	**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**
		05	07	2025	
	1.				
	2. Instalacion de impresora				
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
EMERGENCIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Dr. Rocha
Firma del Usuario

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS INFORMÁ
DTI-FO-011- Versió
Fecha de aprobación: 26/4

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 07/07/2025
Nombre: Fracturación
Usuario: [illegible] **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: _____ **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**
		07	07	2025	
	1.				
	2. Rellenado				
	3. Mantenimiento				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 30/06/25
Nombre: Gerald Gomez
Usuario: _____ **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Mantenimiento **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. Atasco de Papel Reparación
3.
4. de la impresora
5.
6.

Fecha de Salida	Día	Mes	Año	Hora

SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JUAN PABLO PINA TECNOLOGÍA

Gerald Gomez
Firma de Técnico

Hora 1:30 PM
Alcántara 30/6/25
Firma del Usuario

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS INFORMÁTICOS
DTI-FO-011– Versión: 01
Fecha de aprobación: 26/4/2021

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 15 / 07 / 25
Nombre: Gerald Gomez
Usuario: Angel Feliz **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Residencia **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. Cableado de Residencia para 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

Jairy R. Perez
Firma del Usuario

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

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS INFORMÁTICOS
DTI-FO-011– Versión: 01
Fecha de aprobación: 26/4/2021

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 19 / 07 / 25
Nombre: Gerald Gomez
Usuario: _____ **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: _____ **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. Rellenado				
	2.				
	3. Mantenimiento				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA
Química Clínica

Firma del Usuario

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS INFORMÁTICOS
DTI-FO-011– Versión: 01
Fecha de aprobación: 26/4/2021

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 21/07/25
Nombre: Gerel gomez
Usuario: _____ **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: _____ **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☒ Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca		**Marca**	
Modelo	L4260	**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. Rellenado				
	2.				
	3. Mantenimiento				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

Firma del Usuario

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
LABORATORIO
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS INFORMÁTICOS
DTI-FO-011– Versión: 01
Fecha de aprobación: 26/4/2021

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 17/07/2025 **Nombre:** Franklyn Feliz
Usuario: Lab **Nomenclatura de Equipo:**
Departamento: **Extensión:**

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☒ Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca	EPSON L3210	**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** 17	**Mes** 07	**Año** 2025	**Hora**
	1. Rellenado				
	2.				
	3. Mantenimiento				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

Firma del Usuario

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS INFORMÁTICOS
DTI-FO-011– Versión: 01
Fecha de aprobación: 26/4/2021

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 17/07/2025 **Nombre:** Franklyn Feliz

Usuario: Lab. **Nomenclatura de Equipo:**

Departamento: **Extensión:**

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☒ Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca	Epson	**Marca**	
Modelo	9210	**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** 17	**Mes** 07	**Año** 2025	**Hora**
	1.				
	2. Rellenado				
	3. Mantenimiento				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA
Virología
EN

Firma del Usuario

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS INFORMÁTICOS
DTI-FO-011– Versión: 01
Fecha de aprobación: 26/4/2021

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 22/07/25
Nombre: Gerald Jones
Usuario: Yeni **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. Configuración de la red y
3.
4. telefono.
5.
6.

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

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

Gerald Jones
Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA – Atención al Usuario – EN

Yenny Feliz
Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 22/07/25
Nombre: Gerald gomez
Usuario: Dr. Medina **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Pediatria Emergencia **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 CPU y instalación				
	3.				
	4. de la Red				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Gerald gomez
Firma de Técnico

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 23 / 07 / 25
Nombre: Gerald Gomez
Usuario: _____ **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Hombre **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 impresora
3.
4. epson L3110
5.
6.

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

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Gerald Gomez
Firma de Técnico

Dra Morella MG.
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: 07/08/2025
Nombre: [illegible]
Usuario: _____ **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: _____ **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☒ Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca	EPSON	**Marca**	
Modelo	M3170	**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**
		07	08	2025	
	1. Rellenado de Mantenimiento				
	2.				
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
Facturación EN
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma de Técnico

Firma del Usuario

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 07/12/2025 **Ficha No:** _____

Datos del Equipo

Nombre: PISOS Y PINTURA
Marca: _____ **Modelo:** _____
Serie: _____
Ubicación: PRE-PARTO **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 **Encargado de Área**

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 17/07/2025 **Ficha No:** _____

Datos del Equipo

Nombre: PISOS Y PINTURA
Marca: _____ **Modelo:** _____
Serie: _____

Ubicación: EXPULSIVO **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 **Encargado de Área**

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 17/07/2025 **Ficha No:**

Datos del Equipo

Nombre: PISOS Y PINTURA
Marca: **Modelo:**
Serie:

Ubicación: POST-PARTO **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 **Encargado de Área**

SAN MIGUEL & CÍA, S.R.L.

PLANTAS ELÉCTRICAS // ASCENSORES & ESCALERAS MITSUBISHI

Factura

NCF	E450000000483
Valido Hasta	31/12/25
No. Documento	100143789
Condiciones	30 dias

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

DATOS DEL CLIENTE

Fecha	01/07/2025
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 JULIO 2025	1	RD$22,000.00	RD$22,000.(

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: RQPMPM
Fecha de firma Digital: 01-07-2025

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

(Fecha: 29- AGOSTO-2025.)

Plan de Mantenimiento Preventivo / Correctivo
XXX-FO-XXX Versión: 01
Fecha de aprobación: 4/05/2021

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	28/8/2025	26/9/2025													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	28/8/2025	26/9/2025													anexo informe y formularios demantenimientos
ASCENSOR IMCALIFT-CELSUS EASY P15 (1125KG) 2 S/O (DOBLE ENTRADA	EXTERNO	ASCENSORES	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	MENSUAL	1/8/2025	1/9/2025													FACTURA NO ENVIADA ESTE MES
ASCENSOR IMCALIFT-CELSUS EASY P15 (1125KG) 3 S/O	EXTERNO	ASCENSORES	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	MENSUAL	1/8/2025	1/9/2025													FACTURA NO ENVIADA ESTE MES
UNIDAD DE HEMODIALISIS	EXTERNO	EQUIPOS DE LA UNIDAD	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	MENSUAL	26/8/2025	26/9/2025													hoja de reporte
TOMA CORRIENTE, LAMPARA, INTERUTOR	interno	(SUSTITUCION) BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	TRIMESTRAL	13/8/2025	13/11/2025													**POST-QUIRURGICO ESTACION**
TOMA CORRIENTE, LAMPARA, INTERUTOR	interno	(SUSTITUCION) BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	TRIMESTRAL	13/8/2025	13/11/2025													**POST-QUIRURGICO ESTACION**
PISOS Y PINTURA	interno	PINTURA Y REPARACION DE PISOS	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	CUATRIMESTRAL	13/8/2025	13/12/2025													**QUIROFANO 1**

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	28/08/2025	LUGAR	HOSPITAL JAIME MOTA	
Introducción	Reporte sobre los mantenimientos y soportes realizados en el mes de agosto 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 26 reportes de incidencias tecnológicas atendidas y debidamente reportadas este mes de agosto, las mismas están divididas en 23 reportes individuales por cada incidencia reportada. Estas incidencias las podemos dividir en las siguientes según el incidente reportado: 1- Mantenimiento de impresoras 20 2- Instalación de impresoras 01 3- Instalación de cd rom 01 4- configuración de red 01 5- fallas de Internet 01 6- REPARACION DE IMPRESORA 02			
Conclusions	Cada una de estas 26 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 periosidad recomendada por los técnicos como hasta ahora, para mantener el sistema siempre trabajando en las mejores condiciones. ANEXO: Formularios de mantenimiento de equipos informáticos			

Firma y Sello del departamento responsable

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

FORMULARIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS INFORMÁTICOS
DTI-FO-011– Versión: 01
Fecha de aprobación: 26/4/2021

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 22 / 08 / 25
Nombre: Gerard Gomez
Usuario: _____ **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: _____ **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. Rellenado				
	2.				
	3. Mantenimiento				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOIA
Quirúrgica Clínica

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 06/08/25
Nombre: Gerald Gomez
Usuario: Maria Mejia **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Tecnologia **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 impresora				
	3.				
	4. Atasco de papel				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Gerald Gomez
Firma de Técnico

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

Maria Mejia
Firma del Usuario

SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

FORMULARIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS INFORMÁTICOS
DTI-FO-011– Versión: 01
Fecha de aprobación: 26/4/2021

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 05 / 08 / 25
Nombre: Gerard Gomez
Usuario: Tavera **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Patología **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.				
	3. Configuración de la Red				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Gerard Gomez
Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME ... SERVICIO NACIONAL DE SALUD TECNOLOGIA

L.C. Tavera
Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 31/07/25
Nombre: Genel gomez
Usuario: Bateriologia **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Bateriologia **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 cambio de tinta				
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

UNIVERSITARIO JAIME MOTA — TECNOLOGIA — 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: 13/08/2025
Nombre: Donny Feliz C. Franklin Feliz
Usuario: **Nomenclatura de Equipo:**
Departamento: Cuidados Intensivos **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** 13	**Mes** 08	**Año** 2025	**Hora**
	1.				
	2. Rellenado				
	3.				
	4. Mantenimiento				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día** 13	**Mes** 08	**Año** 2025	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma de Técnico

Lic. Donny Feliz C.
Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 13/08/2025
Nombre: Francisco Feliz
Usuario: Edwin Florian **Nomenclatura de Equipo:**
Departamento: Imagenes **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** 13	**Mes** 08	**Año** 2025	**Hora**
	1. Rellenado				
	2.				
	3. Mantenimiento				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA TECNOLOGIA SERVICIO NACIONAL DE SALUD

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA IMAGENES SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Edwin Florian Soc.
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: 13/08/2025
Nombre: [signature]
Usuario: Leisy R. Pérez **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Residencia Medica **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**
		13	08	2025	
	1. Rellenado				
	2.				
	3.				
	4. Mantenimiento				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

13/8/2025

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
RECIDENCIA MEDICA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

[signature]
Firma de Técnico

Leisy R. Pérez
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: 13/08/2025
Nombre: Franklin Feliz
Usuario: Xavier Mateo **Nomenclatura de Equipo:**
Departamento: Sala de Hemodiálisis **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**
		13	08	2025	
	1.				
	2. Rellenado				
	3.				
	4. Mantenimiento				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma de Técnico

Dr. Mateo RIMI
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: 13/08/2025
Nombre: Franklin Feliz
Usuario: Lorna Pérez **Nomenclatura de Equipo:**
Departamento: Posquirúrgico **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**
		13	08	2025	
	1. Rellenado				
	2.				
	3. Mantenimiento				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**
		13	08	2025	

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma de Técnico

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: 07/08/2025
Nombre: Facturación Franklin Feliz
Usuario: Ana Pérez **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: _____ **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☒ Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca	Canon	**Marca**	
Modelo	G2110	**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**
		07	08	2025	
	1. Rellenado				
	2.				
	3. Mantenimiento				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
FACTURACION
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma de Técnico

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: 07/08/2025
Nombre: Franklin Feliz
Usuario: José Antonio Beltré **Nomenclatura de Equipo:**
Departamento: **Extensión:**

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☒ Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca	Canon	**Marca**	
Modelo	G2110	**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

	Fecha de Ingreso	Día	Mes	Año	Hora
Mantenimiento Preventivo		07	08	2025	
	1. Rellenado				
	2.				
	3. Mantenimiento				
	4.				
	5. Instalacion de Cabezales				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**
		07	08	2025	12:00 M

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA
Pediatría
EN

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 27/08/2025
Nombre: Franklin Feliz
Usuario: Andry Rodriguez **Nomenclatura de Equipo:** 3
Departamento: _____ **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**
		27	08	2025	
	1. Rellenado				
	2.				
	3. Mantenimiento				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA
Facturación
EN

Firma del Usuario

SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

FORMULARIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS INFORMÁTICOS
DTI-FO-011– Versión: 01
Fecha de aprobación: 26/4/2021

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 07 / 08 / 2025
Nombre: [signature]
Usuario: x [signature] **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: _____ **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☒ Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca	EPSON	**Marca**	
Modelo	L3250	**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**
		7	8	2025	
	1. Rellenado				
	2.				
	3. Mantenimiento				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

[signature]
Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

[signature]
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: 07/08/2025
Nombre: Frankelyn Feliz
Usuario: X José Janeiro S.F **Nomenclatura de Equipo:**
Departamento: **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**
		07	08	2025	
	1. Rellenado				
	2.				
	3. Mantenimiento				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma de Técnico

José Janeiro S.F
Firma del Usuario

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS INFORMÁT
DTI-FO-011– Versiór
Fecha de aprobación: 26/4/

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 19 / 08 / 25

Nombre: Gerald gomez

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

Departamento: Papeleria **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. Nivelado de tinta				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Gerald gomez
Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Diana S.
Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 19 / 08 / 25
Nombre: Gerald Jones
Usuario: Keydy Genao **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Compras **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 Impresora				
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Gerald Jones
Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma del Usuario

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS INFORMÁTICOS
DTI-FO-011– Versión: 01
Fecha de aprobación: 26/4/2021

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 19/08/25
Nombre: Gerald gomez
Usuario: Jenet **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Patología **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.				
	3. falla de internet y mantenimiento				
	4.				
	5. Impresora				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Gerald gomez
Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma del Usuario

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS INFORMÁTICOS
DTI-FO-011– Versión: 01
Fecha de aprobación: 26/4/2021

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 19/08/25
Nombre: Gerald Gomez
Usuario: Mario **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Emodiálisis **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 y mantenimiento				
	3.				
	4. de Impresora				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Gerald Gomez
Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Mario Ortiz
Firma del Usuario

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS INFORMÁTICOS
DTI-FO-011– Versión: 01
Fecha de aprobación: 26/4/2021

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 20 / 08 / 25
Nombre: Gerald gomez
Usuario: Uriel Incarte **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Admisión (emergencia) **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. Instalación y mantenimiento				
	2.				
	3. de las impresoras				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Gerald Gomez
Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGÍA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Uriel Incarte
Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 05 / 8 / 2025
Nombre: Gerald Gomez
Usuario: Edwin Mateo Tejeda **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Rayos X **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 CD Room				
	3.				
	4. Desmontar				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma del Usuario

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS INFORMÁTICOS
DTI-FO-011– Versión: 01
Fecha de aprobación: 26/4/2021

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 24/08/25
Nombre: Gerald Gomez
Usuario: Hombre **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Hombre **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 impresora
3.
4. problema atasco de Papel
5.
6.

Fecha de Salida	Día	Mes	Año	Hora

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma de Técnico

Dra. Mateo RIMI
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: 07/08/2025 Franklin Feliz

Nombre: _____

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

Departamento: _____ **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. Rallenado	07	08	2025	
	2. Mantenimiento				
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

Dra Candy Mora
Firma del Usuario

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 13/8/2025 **Ficha No:**

Datos del Equipo

Nombre: LAMPARAS, TOMA CORRIENTE E INTERRUPTORES
Marca: **Modelo:**
Serie:
Ubicación: POST-QUIRURGICO ESTACION **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 **Encargado de Área**

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 13/8/2025 **Ficha No:**

Datos del Equipo

Nombre: LAMPARAS, TOMA CORRIENTE E INTERRUPTORES
Marca: **Modelo:**
Serie:
Ubicación: PRE-QUIRURGICO ESTACION **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 **Encargado de Área**

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 13/8/2025 **Ficha No:**

Datos del Equipo

Nombre: PISOS Y PINTURA
Marca: **Modelo:**
Serie:
Ubicación: QUIROFANO 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 **Encargado de Área**

PROGRAMA DE DIALISIS

AGOSTO 1/2025

FECHA	CLORO	DUREZA	PH	TDS	FIRMA
1/2025	5.1	00	6 8	01	YOVANA
2/2025	5.1	00	6 8	01	YOVANA
3/2025	5.1	00	7 2	02	YOVANA
4/2025	5.1	00	6 8	01	YOVANA
5/2025	5.1	00	6 8	02	YOVANA
6/2025	5.1	00	6 8	01	YOVANA
7/2025	5.1	00	7 2	02	YOVANA
8/2025	5.1	00	6 8	02	YOVANA
9/2025	5.1	00	7 2	01	YOVANA
10/2025	5.1	0	6 8	00	YOVANA
11/2025	5.1	00	6 8	02	YOVANA
12/2025	5.1	00	6 8	02	YOVANA
13/2025	5.1	00	6 8	03	YOVANA
14/2025	5.1	00	7 2	01	YOVANA
15/2025	5.1	00	6 8	02	YOVANA
16/2025	5.1	00	6 8	01	YOVANA
17/2025	5.1	00	6 8	02	YOVANA
18/2025	5.1	00	7 2	02	YOVANA
19/2025	5.1	00	6 8	03	YOVANA
20/2025	5.1	00	6 8	02	YOVANA
21/2025	5.1	00	6 8	02	YOVANA
22/2025	5.1	00	6 8	01	YOVANA
23/2025	5.1	00	6 8	01	YOVANA
24/2025	5.1	00	6 8	01	YOVANA
25/2025	5.1	00	7 2	02	YOVANA
26/2025	5.1	00	6 8	02	YOVANA
27/2025	5.1	00	6 8	02	YOVANA
28/2025	5.1	00	7 2	03	YOVANA
29/2025	5.1	00	6 8	01	YOVANA
30/2025	5.1	00	6 8	02	YOVANA
31/2025	5.1	00	6 8	01	YOVANA

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD
EPIDEMIOLOGIA

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

(Fecha: 29- SEPTIEMBRE-2025.)

Plan de Mantenimiento Preventivo / Correctivo
XXX-FO-XXX Versión: 01
Fecha de aprobación: 4/05/2021

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	29/9/2025	26/10/2025													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	29/9/2025	26/10/2025													anexo informe y formularios demantenimientos
ASCENSOR IMCALIFT-CELSUS EASY P15 (1125KG) 2 S/O (DOBLE ENTRADA	EXTERNO	ASCENSORES	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	MENSUAL	1/9/2025	1/10/2025													FACTURA ANEXA
ASCENSOR IMCALIFT-CELSUS EASY P15 (1125KG) 3 S/O	EXTERNO	ASCENSORES	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	MENSUAL	1/9/2025	1/10/2025													FACTURA ANEXA
UNIDAD DE HEMODIALISIS	EXTERNO	EQUIPOS DE LA UNIDAD	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	MENSUAL	26/9/2025	26/10/2025													hoja de reporte
TOMA CORRIENTE, LAMPARA, INTERUTOR	interno	(SUSTITUCION) BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	TRIMESTRAL	19/9/2025	19/12/2025													**QUIROFANO 2**
TOMA CORRIENTE, LAMPARA, INTERUTOR	interno	(SUSTITUCION) BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	TRIMESTRAL	19/9/2025	19/12/2025													**QUIROFANO 3**
LAMPARA	interno	BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	TRIMESTRAL	19/9/2025	19/12/2025													**PASILLO DEL QUIROFANO**

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA
Ciudad Internacional
EN

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 19/9/2025 **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

Justo Trinidad

Nombre del Electromédico

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA
Unidad Institucional

Encargado de Área

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 19/9/2025 **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

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA
Control Institucional

Nombre del Electromédico **Encargado de Área**

SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

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

Fecha: 19/9/2025 **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

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA
Calidad Institucional
EN

Justo Trinidad

Nombre del Electromédico **Encargado de Área**

HOSPITAL
REGIONAL JAIME MOTA

REPORTE

Actividad	SOPORTES INCIDENCIAS TECNOLOGICAS ATENDIDAS código 3.5.1.1.02			
Departamento	TECNOLOGIA			
Responsible	GERALD DE JESUS GOMEZ			
Fecha	29/09/2025	LUGAR	HOSPITAL JAIME MOTA	
Introducción	Reporte sobre los mantenimientos y soportes realizados en el mes de septiembre 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 12 reportes de incidencias tecnológicas atendidas y debidamente reportadas este mes de agosto, las mismas están divididas en 11 reportes individuales por cada incidencia reportada. Estas incidencias las podemos dividir en las siguientes según el incidente reportado: 1- Mantenimiento de impresoras 10 2- Cambio de impresora 01 3- Cambio de quemadora del tomógrafo 01			
Conclusions	Cada una de estas 12 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 periosidad recomendada por los técnicos como hasta ahora, para mantener el sistema siempre trabajando en las mejores condiciones. ANEXO: Formularios de mantenimiento de equipos informáticos			

Firma y Sello del departamento responsable

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 28/08/25
Nombre: Cindel Gomez
Usuario: Yokaira **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Tomografia **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 quemadero en				
	3.				
	4. tomografia				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma del Usuario

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
Hospital Jaime Mota
TOMOGRAFIA
BARAHONA, REP. DOM.

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 30/08/2025
Nombre: _____
Usuario: Franklyn Feliz **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: _____ **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☒ Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca	EP	**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**
		30	08	2025	
	1. Rellenado				
	2.				
	3. Mantenimiento				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGÍA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 20/09/2025
Nombre: Gladys Gomez
Usuario: Jefe **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Secretarios **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**
		20	09	2025	
	1. Rellenado Negro				
	2.				
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA
Emergencia
EN

Firma del Usuario

SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

FORMULARIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS INFORMÁTICOS
DTI-FO-011– Versión: 01
Fecha de aprobación: 26/4/2021

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 20 / 09 / 2025
Nombre: Gerald Gómez
Usuario: Emergencia **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Trellia **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** 20	**Mes** 09	**Año** 2025	**Hora**
	1. Rellenado Negro Amarillo				
	2. Azul, Rojo				
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día** 20	**Mes** 09	**Año** 2025	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA
H
Emergencia
EN

Dra. Feliz Rzan

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 20/09/2025
Nombre: Franklin Feliz
Usuario: Administrador **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Medicina **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**
		20	09	2025	
	1. Rellenado				
	2.				
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 17/09/25
Nombre: Gerald Gomez
Usuario: Rosangela Peña **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Maternidad **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 epson				
	3.				
	4. L3250				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma de Técnico

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 10 / 09 / 25
Nombre: Gerald Gomez
Usuario: Liselot **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Facturación laboratorio **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. Reset caja de mantenimiento				
	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

Liselot Perez
Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 10 / 04 / 25

Nombre: Gerald Gomez

Usuario: Dra Reyes **Nomenclatura de Equipo:** _____

Departamento: Peinato **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 la impresora				
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGÍA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma de Técnico

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 11/04/25
Nombre: Gerald Gomez
Usuario: Ulrine Moreta **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: El Seibo **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. Cover 6210
5.
6.

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

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma de Técnico

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 06 / 09 / 2025

Nombre: Emergencia

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

Departamento: _____ **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**
		06	09	2025	
	1. Rellenado				
	2.				
	3. Mantenimiento				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Angela Brito
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: 30/08/2025
Nombre: Franklyn Feliz
Usuario: _____ **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: _____ **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**
		30	08	2025	
	1.				
	2. Rellenado				
	3.				
	4. Mantenimiento				
	5. Luis Del Pozo				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

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

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA — Facturación — EN

Luis S. perez mora
Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 06/09/2025

Nombre: Laboratorio

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

Departamento: _____ **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** 06	**Mes** 09	**Año** 2025	**Hora**
	1. Rellenado				
	2.				
	3. Mantenimiento				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

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

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA – Emergencia

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 27/09/2025

Nombre: Franklin Felix UCI

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

Departamento: _____ **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio

☐ Laptop

☒ Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca	Canon	**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**
		27	09	2025	
	1.				
	2. Rellenado Negro, Azul				
	3.				
	4. Mantenimiento				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Dra. Yodalis Peña

Firma del Usuario

PROGRAMA DE DIALISIS

SEPTIEMBRE 1) 2025

FECHA	CLORO	DUREZA	PH	TDS	FIRMA
1) 2025	5. 1	0 0	6 8	0 2	YOUANNA
2/ 2025	5. 1	0 0	6 8	0 1	YOUANNA
3/ 2025	5. 1	0 0	6 8	0 2	YOUANNA
4/ 2025	5. 1	0 0	6 8	0 3	YOUANNA
5/ 2025	5. 1	0 0	6 8	0 2	YOUANNA
6/ 2025	5 1	0 0	6 8	0 2	YOUANNA
7/ 2025	5 1	0 0	7 2	0 2	YOUANNA
8/ 2025	5. 1	0 0	6 8	0 1	YOUANNA
9/ 2025	5. 1	0 0	6 8	0 1	YOUANNA
10/ 2025	5 1	0 0	7 2	0 2	YOUANNA
11/ 2025	5 1	0 0	6 8	0 1	YOUANNA
12/ 2025	5. 1	0 0	6 8	0 2	YOUANNA
13/ 2025	5. 1	0 0	6 8	0 1	YOUANNA
14/ 2025	5. 1	0 0	7 2	0 2	YOUANNA
15/ 2025	5. 1	0 0	6 8	0 1	YOUANNA
16/ 2025	5. 1	0 0	6 8	0 2	YOUANNA
17/ 2025	5. 1	0 0	7 2	0 3	YOUANNA
18/ 2025	5. 1	0 0	6 8	0 2	YOUANNA
19/ 2025	5. 1	0 0	6 8	0 1	YOUANNA
20/ 2025	5. 1	0 0	6 8	0 2	YOUANNA
21/ 2025	5. 1	0 0	7 2	0 1	YOUANNA
22/ 2025	5. 1	0 0	6 8	0 2	YOUANNA
23/ 2025	5. 1	0 0	6 8	0 1	YOUANNA
24/ 2025	5. 1	0 0	7 8	0 2	YOUANNA
25/ 2025	5. 1	0 0	6 8	0 1	YOUANNA
26/ 2025	5. 1	0 0	6 8	0 2	YOUANNA
27/ 2025	5. 1	0 0	6 8	0 1	YOUANNA
28/ 2025	5. 1	0 0	6 8	0 3	YOUANNA
29/ 2025	5. 1	0 0	6 8	0 1	YOUANNA
30/ 2025	5. 1	0 0	7 2	0 2	YOUANNA
31/ 2025	5. 1	0 0	6 8	0 1	YOUANNA

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MUTA
EPIDEMIOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

SAN MIGUEL & CÍA, S.R.L.

PLANTAS ELÉCTRICAS // ASCENSORES & ESCALERAS MITSUBISHI

Factura

NCF	E450000000548
Valido Hasta	31/12/25
No. Documento	100145710
Condiciones	30 dias

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

DATOS DEL CLIENTE

Fecha	01/09/2025
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 SEPTIEMBRE 2025	1	RD$22,000.00	RD$22,000.(

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: EiO572
Fecha de firma Digital: 01-09-2025