SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

(Fecha: 29- octubre-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 Ejecucion 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	28/10/2025	28/11/2025													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	28/10/2025	28/11/2025													anexo informe y formularios demantenimientos
ASCENSOR IMCALIFT-CELSUS EASY P15 (1125KG) 2 S/O (DOBLE ENTRADA	EXTERNO	ASCENSORES	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	MENSUAL	10/10/2025	10/11/2025													FACTURA ANEXA
ASCENSOR IMCALIFT-CELSUS EASY P15 (1125KG) 3 S/O	EXTERNO	ASCENSORES	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	MENSUAL	10/10/2025	10/11/2025													FACTURA ANEXA
UNIDAD DE HEMODIALISIS	EXTERNO	EQUIPOS DE LA UNIDAD	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	MENSUAL	30/10/2025	30/11/2025													hoja de reporte
TOMA CORRIENTE, LAMPARA, INTERUTOR	interno	(SUSTITUCION) BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	semestral	22/10/2025	22/4/2026													**UCI (TRABAJO LIMPIO)**
TOMA CORRIENTE, LAMPARA, INTERUTOR	interno	(SUSTITUCION) BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	semestral	22/10/2025	22/4/2026													**UCI (TRABAJO SUCIO)**
TOMA CORRIENTE, LAMPARA, INTERUTOR	interno	(SUSTITUCION) BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	semestral	22/10/2025	22/4/2026													**UCI (ESTACION DE ENFERMERIA)**
cambios de bandeja quirurgicas	interno	ver estado de unidades y cambiar las dañadad	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	semestral															**actividad pendiente para el mes de noviembre**
fumigacion en todas las areas	EXTERNO	FUMIGAR LAS SALAS CLINICAS Y QUIROFANOS	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	semestral	6/10/2025	6/4/2026													**FACTURA ANEXA**
equipos de ecocardiogramas y sonografia	EXTERNO	VER ESTADO DE LA UNIDAD	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	semestral	26/10/2025	26/4/2026													**reportes**
ventiladores	EXTERNO	SENSORES FUNCIONANDO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	semestral	26/10/2025	26/4/2026													**reportes**
sensores de respuestas	EXTERNO	AIRE MEDICO FUNCIONANDO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	cuatrimestral	5/10/2025	5/2/2026													**reportes**
TOMA CORRIENTE, LAMPARA, INTERUTOR	interno	(SUSTITUCION) BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	semestral	22/10/2025	22/4/2026													**UCI (PASILLO)**

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA
Calidad Institucional
EN

TOMA CORRIENTE, LAMPARA, INTERUTOR	interno	(SUSTITUCION) BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	semestral	22/10/2025	22/4/2026																CUBICULOS DE UCI

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA
EN
Calidad
Institucional

HOSPITAL
REGIONAL JAIME MOTA

REPORTE

Actividad	SOPORTES INCIDENCIAS TECNOLOGICAS ATENDIDAS código 3.5.1.1.02			
Departamento	TECNOLOGIA			
Responsible	GERALD DE JESUS GOMEZ			
Fecha	28/10/2025	LUGAR	HOSPITAL JAIME MOTA	
Introducción	Reporte sobre los mantenimientos y soportes realizados en el mes de octubre 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 22 reportes de incidencias tecnológicas atendidas y debidamente reportadas este mes de octubre, las mismas están divididas en 18 reportes individuales por incidencias reportadas. Estas incidencias las podemos dividir en las siguientes según el incidente reportado: 1- Mantenimiento de impresoras 13 2- cambio de cabezal de impresora 01 3- rellenado de tinta 03 4- reposición de impresora 03 5- reseteo de impresora 02			
Conclusions	Cada una de estas 22 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			

Gerald gomez

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: 10 / 10 / 25
Nombre: Gerald Gomez
Usuario: Leisy Perez **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. Reparación de las impresoras				
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Gerald Gomez
Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA

Leisy Perez
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: 17/10/25
Nombre: _____
Usuario: Luis Manuel Tejeda **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Banco de Sangre **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 los impresores				
	3.				
	4.				
	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

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 03 / 10 / 25
Nombre: Gerald Gomez
Usuario: Kelvin Gomez **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: El Sol **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 de impresora				
	3.				
	4. Canon G2110				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**
		03	10	25	10.00 AM

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGÍA

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 27/9/25
Nombre: Admisión Emergencia
Usuario: Frankelin 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**
		27	09	2025	
	1. Rellenado y lleno				
	2.				
	3.				
	4. Mantenimiento				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**
		27	09	2025	

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO TECNOLOGIA SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 27/09/2025
Nombre: Mantenimiento
Usuario: Franklin Tejada **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** 27	**Mes** 09	**Año** 2025	**Hora**
	1.				
	2. Mantenimiento				
	3.				
	4. Restablecer la conexion				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día** 27	**Mes** 09	**Año** 2025	**Hora**

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Justo
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 / 10 / 22
Nombre: Gerald Gomez
Usuario: Dra. Ferreras RyMI **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Mujer Sala **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.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Gerald Gomez
Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD
TECNOLOGÍA

Dra. Ferreras.
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: 16 / 10 / 2025
Nombre: Gerald Gomez
Usuario: Facturacion Consulta **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Cardy **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				
	3.				
	4.				
	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

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 18/10/25
Nombre: Gerard Gomez
Usuario: Dep. Compra **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: 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.				
	3. Mantenimiento				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Gerard Gomez
Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD
TECNOLOGIA

Firma del Usuario

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS INFORMÁTICO
DTI-FO-011– Versión: 0
Fecha de aprobación: 26/4/20

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 16 / 10 / 25

Nombre: Ernesto Gomez

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

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

Ernesto 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 INFORMÁTICO
DTI-FO-011– Versión: C
Fecha de aprobación: 26/4/20

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 17 / 10 / 2025

Nombre: Ana R. Pérez

Usuario: Cecilia Gomez **Nomenclatura de Equipo:** _____

Departamento: 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**
	1.				
	2. Mantenimiento de las impresoras				
	3.				
	4.				
	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

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 18/10/25
Nombre: Ezequiel Gomez
Usuario: Facturacion Of Puerta **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. Rellenado de tinta				
	3.				
	4.				
	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 INFORMÁTICO
DTI-FO-011– Versión: C
Fecha de aprobación: 26/4/20

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 19 / 10 / 25
Nombre: Gerald Gomez
Usuario: Pediatria **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Pediatria **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. Mantenimiento				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Gerald Gomez
Firma de Técnico

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

Sedis Mella
Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 14/10/25
Nombre: Genesis Gomez
Usuario: Bryan Santana Feliz **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Admisión **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. Mantenimiento				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA

Genesis Gomez
Firma de Técnico

Bryan Santana Feliz
Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 23/10/2025
Nombre: Frankelyn Feliz Admisión
Usuario: _____ **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: _____ **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

- ☐ Computadora de Escritorio
- ☐ Laptop
- ✱ Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca	FPSON3170	**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** 23	**Mes** 10	**Año** 2025	**Hora**
	1.				
	2. Mantenimiento Correctivo				
	3. Fallas del sistema				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día** 23	**Mes** 10	**Año** 2025	**Hora**

Firma de Técnico

Angela Brito
Firma del Usuario

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS INFORMÁTICO
DTI-FO-011– Versión: 0
Fecha de aprobación: 26/4/20

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 18/10/2025
Nombre: Preparado
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		**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**
	18	10	2025	

1. Reseteo
2. Mantenimiento
3.
4.
5.
6.

Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**
	18	10	2025	

Firma de Técnico

Firma del Usuario

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA EN Obstetricia

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: 10 / 10 / 25
Nombre: Gerald Gomez
Usuario: Andy Familia **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Admisión **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 las impresoras				
	3.				
	4. epson M2170				
	5. multifunción				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 22/11/2021
Nombre: Franklin 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**
	1. Mantenimiento				
	2. Rellenado				
	3.				
	4				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

Firma del Usuario

HOSPITAL REGIONAL JUAN PABLO PINA

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 18/10/2025
Nombre: Admision
Usuario: Frankly 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** 16	**Mes** 10	**Año** 2025	**Hora**
	1. Reseteo				
	2.				
	3. Mantenimiento				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día** 16	**Mes** 10	**Año** 2025	**Hora**

Firma de Técnico

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

Angela Brito
Firma del Usuario

SAN MIGUEL & CÍA, S.R.L.

PLANTAS ELÉCTRICAS // ASCENSORES & ESCALERAS MITSUBISHI

Factura

NCF	E450000000579
Valido Hasta	31/12/25
No. Documento	1500004974
Condiciones	30 dias

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

DATOS DEL CLIENTE

Fecha	10/10/2025
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
S00049	VIEJE A LAS INSTALACIONES DEL CLIENTE	1	RD$6,000.00	RD$6,000.(
S00056	MANO DE OBRA FUERA DE HORARIO	1	RD$6,000.00	RD$6,000.(

SUB-TOTAL	**RD$12,000.00**
ITBIS	**RD$2,160.00**
TOTAL	**RD$14,160.00**

COMENTARIOS

BASADO EN ENTREGAS 39293.

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: Ws6AG7
Fecha de firma Digital: 10-10-2025

PROGRAMA DE DIALISIS

OCTUBRE 1/2025

FECHA	CLORO	DUREZA	PH	TDS	FIRMA
1/2024	5.1	00	6.8	01	YO UAMNS
2/2024	5.1	00	7.2	01	YO UANNI
3/2024	5.1	00	6.8	03	YO UANN.
4/2024	5.1	00	6.8	02	YO UANNS
5/2024	5.1	00	6.2	01	YO UANNI
6/2024	5.1	00	7.2	01	YO UANNI
7/2024	5.1	00	6.8	01	YO UANNA
8/2024	5.1	00	7.2	02	YO UANNA
9/2024	5.1	00	6.8	02	YO UANNA
10/2024	5.1	00	7.2	02	YO UANNA
11/2024	5.1	00	6.8	03	YO UANNA
12/2024	5.1	00	7.2	02	YO UANNA
13/2024	5.1	00	6.8	01	YO UANNA
14/2024	5.1	00	6.2	01	YO UANNA
15/2024	5.1	00	6.8	02	YO UANNA
16/2024	5.1	00	7.2	01	YO UANNA
17/2024	5.1	00	6.8	01	YO UANNA
18/2024	5.1	00	7.2	01	YO UANNA
19/2024	6.1	00	6.8	01	YO UANNA
20/2024	6.1	00	7.2	01	YO UANNA
21/2024	6.1	00	7.2	02	YO UANNA
22/2024	7.1	00	6.8	02	YO UANNA
25/2024	6.1	00	6.8	02	YO UANNA
26/2024	6.1	00	6.8	01	YO UANNA
27/2024	6.1	00	6.8	01	YO UANNA
28/2024	6.1	00	6.8	01	YO UANNA
29/2024	6.1	00	6.8	01	YO UANNA
30/2024					

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE 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: 22/10/2025 **Ficha No:**

Datos del Equipo

Nombre: LAMPARAS, TOMA CORRIENTE E INTERRUPTORES
Marca: **Modelo:**
Serie:
Ubicación: UCI TRABAJO LIMPIO **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

Nombre del Electromédico **Encargado de Área**

Justo Trinidad

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 22/10/2025 **Ficha No:** _____

Datos del Equipo

Nombre: LAMPARAS, TOMA CORRIENTE E INTERRUPTORES
Marca: _____ **Modelo:** _____
Serie: _____
Ubicación: UCI TRABAJO SUCIO **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

Nombre del Electromédico Justo Trinidad

Encargado de Área

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 22/10/2025 **Ficha No:** _____

Datos del Equipo

Nombre: LAMPARAS, TOMA CORRIENTE E INTERRUPTORES
Marca: _____ **Modelo:** _____
Serie: _____
Ubicación: UCI ESTACION DE 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

Nombre del Electromédico Julio Trinidad

Encargado de Área _____

AFA SERVICIOS S.R.L

RNC: 131549642
Correo afaservicio@gmail.com
TEL.: 809-533-6812

Factura
COMPROBANTES GUBERNAMENTALES
NCF B1500000097
Vence 31/12/2025
Fecha Emicion 6/10/2025

FACTURA CON VALOR FISCAL

Factura

Hospital Regionar Universitario
Jaime Mota

RNC 4-30-03841-5

Emergencia Vieja y Morge

GRUPO	PARTIDAS No.	PARTIDAS Descripción	Cant.	Unids.	Precio RD$	Valor RD$
1		**Descripción** **Fumigación Emergencia Vieja, Morge, Y áreas Aledañas, contra Plagas como Insectos Rastreros y Voladoress** **Tipo Aplicación:** Plan 0 -7-21	1,00	pa	90.100,00	90.100,00

Sub-Total	90.100,00
18% de 90.100,00	16.218,00
TOTAL GENERAL	106.318,00

Aprobado Por:

Ing. Jose Miguel Noboa Alcantara

Recibido Por:

Lic. Javier Florian

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 26/10/2025 **Ficha No:** SRSEN-440-000964

Datos del Equipo

Nombre: UPS
Marca: APC **Modelo:**
Serie: AS1000XLA
Ubicación: mamografía **Inventario No.**
Periodo: 4M ☐ 6M ☑ 12M ☐ Otro: SEMESTRAL
Notas: fuera de funcionamiento UPS

Descripción de Acciones

Inspección Física ☑
Revisión Operacional ☐
Verificación Autodiagnóstico ☐

Otras acciones:

el Equipo fue trasladado a la empresa que da el mantenimiento y aun no ha sido entregado al hospital por parte de la empresa que da mantenimiento

Materiales Utilizados

Condición Final ☐ ✓ ☐ ✗ ☑

Jeremías A. de la Cruz
Nombre del Electromédico

Julissa Capellán
Encargado de Área

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 26/10/2025 **Ficha No:** SRSEN4400017

Datos del Equipo

Nombre: Sonógrafo
Marca: Acuson NX3 **Modelo:** (240)11235612
Serie: (21)513701
Ubicación: Sonografía **Inventario No.**
Periodo: 4M ☑ 6M ☐ 12M ☐ **Otro:** SEMESTRAL
Notas: fuera de funcionamiento Sistema operativo dañado { Objetivado con los Transductores

Descripción de Acciones

Inspección Física ☑
Revisión Operacional ☐
Verificación Autodiagnóstico ☐

Otras acciones:

Equipo fue trasladado a la Campaña y este en espera de que el mismo no hubiese Retorno de al hospital

Materiales Utilizados

Condición Final ✓ ☐ ✕ ☑

Jennifer de la Cruz
Nombre del Electromédico

Dr. Flor Nadal F.
Encargado de Área

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: 15/10/2025 **Área Solicitante:** Perinatal

Trabajos a Efectuar
mantenimiento de los ventiladores del area de neo.

Observaciones

INGENIERO BIOMEDICO DEL ÁREA MEDICA
ingbiomed
Ing. Biomédico
RNC: 133-22150-2
SANTO DOMINGO, R.D

Firma del Solicitante

Firma del Técnico

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 26/10/2025 **Ficha No:** SRSEN 440-0210

Datos del Equipo

Nombre: RX
Marca: Carestream **Modelo:** General MC 150
Serie: 70-6301-6
Ubicación: Radiografía **Inventario No.**
Periodo: 4M ☐ 6M ☑ 12M ☐ Otro: SEMESTRAL
Notas: fuera de función

Descripción de Acciones

Inspección Física	☐
Revisión Operacional	☐
Verificación Autodiagnóstico	☑

Otras acciones:

Manubrio inestable

Materiales Utilizados

Condición Final ✓ ☑ ✕ ☐ ☒

Ericyn Feliz Gomez
Nombre del Electromédico

Julia Montilla
Encargado de Área

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: 15/10/2025 **Área Solicitante:** Anemudico

Trabajos a Efectuar
Mantenimiento de los central de Gases. los cuales estan trabajando en condición critica

Observaciones
de los motores del anemudico solo trabajo (2) motores y el Vacum solo (1)

INGENIERO BIEMODICO DEL ÁREA MÉDICA
Ing. Biomedico
RNC: 133-22150-2
SANTO DOMINGO, R.D

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: 26/11/2025 **Área Solicitante:** Perinatal

Trabajos a Efectuar
mantenimiento de 6 ventiladores para neo.

Observaciones
Se suministro 10 Kit de mantenimiento

INGENIERO BIEMODICO DEL AREA MEDICA
Ingbimed
Ing. Biomédico
RNC: 133-22150-2
SANTO DOMINGO, R.D

Firma del Solicitante

Firma del Técnico

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 22/10/2025 **Ficha No:**

Datos del Equipo

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

Nombre del Electromédico **Encargado de Área**

Justo Trinidad

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 22/10/2025 **Ficha No:**

Datos del Equipo

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

Nombre del Electromédico **Encargado de Área**

Justo Trinidad

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

(Fecha: 29- noviembre-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	27/11/2025	27/12/2025													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	27/11/2025	27/12/2025													anexo informe y formularios demantenimientos
ASCENSOR IMCALIFT-CELSUS EASY P15 (1125KG) 2 S/O (DOBLE ENTRADA	EXTERNO	ASCENSORES	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	MENSUAL	3/11/2025	3/12/2025													FACTURA ANEXA
ASCENSOR IMCALIFT-CELSUS EASY P15 (1125KG) 3 S/O	EXTERNO	ASCENSORES	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	MENSUAL	3/11/2025	3/12/2025													FACTURA ANEXA
UNIDAD DE HEMODIALISIS	EXTERNO	EQUIPOS DE LA UNIDAD	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	MENSUAL	30/11/2025	30/12/2025													hoja de reporte
TOMA CORRIENTE, LAMPARA, INTERUTOR	interno	(SUSTITUCION) BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	trimestral	12/11/2025	12/2/2026													**post-quirurgico estacion**
TOMA CORRIENTE, LAMPARA, INTERUTOR	interno	(SUSTITUCION) BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	trimestral	12/11/2025	12/2/2026													**PRE-QUIRGICO(ESTACION)**
TOMA CORRIENTE, LAMPARA, INTERUTOR	interno	(SUSTITUCION) BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	trimestral	12/11/2025	12/2/2026													**PERINATO (ESTACION ENFERMERIA)**
pintura externa y verja perimetral	interno	PINTURA COMPLETA	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	semestral	11/12/2025	11/4/2025													**fotos**
planta electrica	EXTERNO	PLANTA ELECTRICA CON MANTENIMIENTOS AL DIA	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	cutrimestral															**no hay reportes en este periodo**
aire medico	EXTERNO	aire medico funcionando correctamente	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	cutrimestral	26/11/2025	26/3/2026													**reporte**
TOMA CORRIENTE, LAMPARA, INTERUTOR	interno	(SUSTITUCION) BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	semestral	13/11/2025	13/5/2026													**UCI NEONATAL**
TOMA CORRIENTE, LAMPARA, INTERUTOR	interno	(SUSTITUCION) BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	semestral	13/11/2025	13/5/2026													**PERINATO 2**
TOMA CORRIENTE, LAMPARA, INTERUTOR	interno	(SUSTITUCION) BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	semestral	13/11/2025	13/5/2026													**NEONATAL**

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA EN Calidad Institucional

TOMA CORRIENTE, LAMPARA, INTERUTOR	interno	(SUSTITUCION) BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	semestral	13/11/2025	13/5/2026															PERINATO (HABITACION DE MEDICO)
TOMA CORRIENTE, LAMPARA, INTERUTOR	interno	(SUSTITUCION) BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	semestral	13/11/2025	13/5/2026															PRE- PARTO
TOMA CORRIENTE, LAMPARA, INTERUTOR	interno	(SUSTITUCION) BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	semestral	13/11/2025	13/5/2026															POST-PARTO
TOMA CORRIENTE, LAMPARA, INTERUTOR	interno	(SUSTITUCION) BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	semestral	13/11/2025	13/5/2026															POST-PARTO(ESTACION DE ENFEMERIA)
piso y pintura	interno	buen estado	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	cutrimestral	11/11/2025	11/3/2026															PRE- PARTO
piso y pintura	interno	buen estado	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	cutrimestral	11/11/2025	11/3/2026															POST-PARTO
piso y pintura	interno	buen estado	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	cutrimestral	11/11/2025	11/3/2026															IMPULSIVO
mantenimiento de autoclave	EXTERNO	buen estado	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	semestral	19/11/2025	19/5/2026															fotos y factura
cambio de bandeja quirurgica	interno	ver estado de unidades y cambiar las dañadas	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	semestral	4/11/2025	4/5/2026															conducen

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA EN Ciudad Insurgentes

HOSPITAL
REGIONAL JAIME MOTA

REPORTE

Actividad	SOPORTES INCIDENCIAS TECNOLOGICAS ATENDIDAS código 3.5.1.1.02			
Departamento	TECNOLOGIA			
Responsible	GERALD DE JESUS GOMEZ			
Fecha	27/11/2025	LUGAR	HOSPITAL JAIME MOTA	
Introducción	Reporte sobre los mantenimientos y soportes realizados en el mes de noviembre 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 29 reportes de incidencias tecnológicas atendidas y debidamente reportadas este mes de noviembre, las mismas están divididas en 19 reportes individuales por incidencias reportadas. Estas incidencias las podemos dividir en las siguientes según el incidente reportado: 1- Mantenimiento de impresoras 11 2- cambio de impresoras 01 3- instalación de teclado 01 4- cambio de mouse 01 5- instalación de UPS 01 6- rellenado de tinta 02 7- mantenimiento de UPS 01 8- mantenimiento de computadora 01 9- reseteo de impresora 01			
Conclusions	Cada una de estas 29 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			

Gerald gomez

Firma y Sello del departamento responsable

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO REGIONAL DE SALUD

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 18/11/2025

Nombre: Laboratorio

Nomenclatura de Equipo:

Departamento: **Extensión:**

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☒ Impresora

Configuración de Hardware

CPU		Monitor	
Marca	Epson	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 18	Mes 11	Año 2025	Hora
	1.				
	2. Revisión				
	3. Mantenimiento				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	Día 18	Mes 11	Año 2025	Hora

Firma de Técnico

Luis Perez
Firma del Usuario

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: 14 / 11 / 2025

Nombre: fB

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

Departamento: _____ **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

X Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☐ Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca	Dell	**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**
		14	11	2025	
	1.				
	2.				
	3. Mantenimiento a la Computadora				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

Ministerio de Salud Pública
PROGRAMA DE TUBERCULOSIS
Hospital Regional Universitario "Jaime Mota"
Barahona, R.D.

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 14/11/25

Nombre: Hombres

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		**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**
	14	11	25	

1.
2.
3. Mantenimiento y Relleno
4.
5.
6.

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

Firma de Técnico

Rudy T. Medina

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: 14 / 11 / 2025

Nombre:

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

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** 14	**Mes** 11	**Año** 2025	**Hora**
	1.				
	2.				
	3. Mantenimiento y Relleno				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

Lic. Donny Feliz C.

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 14 / 11 / 25

Nombre: auditoria

Usuario: Frankyl Feliz **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**
	14	11	2025	

1.
2.
3. Mantenimiento
4.
5. Reagendado
6.

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

Firma de Técnico

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 14 / 11 / 25

Nombre: Post- Q

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		**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. Mantenimiento y Reformo				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

Sr. de Tesorería

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 14 / 11 / 2025

Nombre: Franklyn Feliz — Do administrativo

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

Departamento: _____ **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☒ Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca	Epson	**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** 14	**Mes** 11	**Año** 2025	**Hora**
	1.				
	2.				
	3. Mantenimiento y Reforma				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

Indiana Gomez

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 14 / 11 / 2025

Nombre: Recursos humanos

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		**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**
		14	11	2025	
	1.				
	2.				
	3. Mantenimiento y Reformo				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

D/o. Fiscal Yasmyn

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 14/07/2025
Nombre: Cardenia
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		**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**
		14	7	2025	
	1. Mantenimiento				
	2.				
	3. Rellenada				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL JAIMO MOTA
Atención al Usuario
EN

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 14 / 11 / 2025

Nombre: Recinato Neonatal

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

Departamento: **Extensión:**

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☐ Impresora

CPU

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca	Dell	**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. Mantenimiento de CPU				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Franklyn Feliz
Firma de Técnico

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

Lic. Dr. M. Castillo

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 02/11/2025
Nombre: Laboratorio
Usuario: Frankie 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**
		02	07	2025	
	1. Mantenimiento				
	2.				
	3.				
	4. Rellenado				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 02/11/2025
Nombre: Franklin Felix Adrián
Usuario: Franklin Felix **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**
		02	11	2025	
	1.				
	2. Mantenimiento				
	3.				
	4. Rellenado				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

Angela Brito
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: 07/11/25
Nombre: Oneid Gomez
Usuario: Yeisse Feliz **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Dpto. Soporte Técnico **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				
	3.				
	4. La Maternidad				
	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: 04 / 11 / 25
Nombre: Yudelky Tara Espinal
Usuario: [illegible] Sangre **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Banco de Sangre **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 UPS				
	3.				
	4. en el Banco de Sangre				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 05 / 11 / 25

Nombre: Gerald Gomez

Usuario: Perla Perez **Nomenclatura de Equipo:** _____

Departamento: Pediatria **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 Canon 6210				
	3.				
	4. donado por Canon 6310 funcional				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
DEPARTAMENTO DE TECNOLOGIA
SERVICIO REGIONAL DE SALUD

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA
Pediatria
EN

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 06 / 10 / 22

Nombre: Gerald Gomez

Usuario: Ana R. Pérez. **Nomenclatura de Equipo:** _____

Departamento: Oriente **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 de cajón de mantenimiento				
	3.				
	4. de epson L3260				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD
TECNOLOGÍA

Firma de Técnico

Lic Pérez

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: 13/11/23
Nombre: Gerald Gomez
Usuario: Alfredo **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Auditoria **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 mouse				
	3.				
	4. Auditoria Int				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA DE SALUD

Firma de Técnico

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIRECTOR Firma del Usuario
Unidad de Auditoria Interna
133

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: 13/11/25
Nombre: Gerald Gomez
Usuario: Keidy Linares **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.				
	3. Instalación de teclado				
	4.				
	5. Nuevo				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD
TECNOLOGÍA

Firma de Técnico

Firma del Usuario

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 Informaticos

Fecha: 12/11/2025 **Nombre:** Laboratorio

Nomenclatura de Equipo: _____

Departamento: _____ **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio

☐ Laptop

☒ Impresora

Configuracion de Hardware

CPU		Monitor	
Marca	EPSON	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 12	Mes 11	Año 2025	Hora
	1. Mantenimiento				
	2.				
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	Día	Mes	Año	Hora

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA
Serologia
EN

Firma de Técnico

Firma del Usuario

SAN MIGUEL & CÍA, S.R.L.

PLANTAS ELÉCTRICAS // ASCENSORES & ESCALERAS MITSUBISHI

Factura

NCF	E450000000601
Valido Hasta	31/12/25
No. Documento	100147579
Condiciones	30 dias

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

DATOS DEL CLIENTE

Fecha	03/11/2025
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 NOVIEMBRE 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: mVUah1
Fecha de firma Digital: 03-11-2025

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA

PROGRAMA DE CONTROL DE INFECCIONES (PRUEBA DE AGUA)

D/a. Milinda Urbaez

MES Y AÑO 11/2025

Nota: no hay reporte de cloro y dureza porque la planta de osmosis estaba en mantenimiento

FECHA	CLORO	DUREZA	PH	TDS	FIRMA
1/11/2025	0 - 1	0 - 0	6.8	0 2	Yovanny
2/11/2025	0 - 1	0 - 0	7.2	0 1	Yovanny
3/11/2025	0 - 1	0 - 0	6.8	0 2	Yovanny
4/11/2025	0 - 1	0 - 0	6.8	0 3	Yovanny
5/11/2025	0 - 1	0 - 0	6.8	0 2	Yovanny
6/11/2025	0 - 1	0 - 0	7.2	0 3	Yovanny
7/11/2025	0 - 1	0 - 0	6.8	0 2	Yovanny
8/11/2025	0 - 1	0 - 0	6.8	0 1	Yovanny
9/11/2025	0 - 1	0 - 0	7.2	0 2	Yovanny
10/11/2025	0 - 1	0 - 0	6.8	0 1	Yovanny
11/11/2025	0 - 1	0 - 0	6.8	0 2	Yovanny
12/11/2025	0 - 1	0 - 0	6.8	0 3	Yovanny
13/11/2025	0 - 1	0 - 0	6.8	0 2	Yovanny
14/11/2025	0 - 1	0 - 0	6.8	0 1	Yovanny
15/11/2025	0 - 1	0 - 0	6.8	0 2	Yovanny
16/11/2025	0 - 1	0 - 0	7.2	0 2	Yovanny
17/11/2025	0 - 1	0 - 0	6.8	0 1	Yovanny
18/11/2025	0 - 1	0 - 0	7.2	0 2	Yovanny
19/11/2025	0 - 1	0 - 0	6.8	0 3	Yovanny
20/11/2025	0 - 1	0 - 0	6.8	0 3	Yovanny
21/11/2025	0 - 1	0 - 0	6.8	0 2	Yovanny
22/11/2025	0 - 1	0 - 0	7.2	0 1	Yovanny
23/11/2025	0 - 1	0 - 0	6.8	0 3	Yovanny
24/11/2025	0 - 1	0 - 0	7.2	0 2	Yovanny
25/11/2025	0 - 1	0 - 0	6.8	0 3	Yovanny
26/11/2025	0 - 1	0 - 0	7.2	0 3	Yovanny
27/11/2025	0 - 1	0 - 0	6.8	0 3	Yovanny
28/11/2025	0 - 1	0 - 0	6.8	0 1	Yovanny
29/11/2025	0 - 1	0 - 0	6.8	0 2	Yovanny
30/11/2025	0 - 1	0 - 0	6.8	0 1	Yovanny

DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA
HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA

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

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 12/11/2025 **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

Nombre del Electromédico Justo Trinidad

Encargado de Área

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 12/11/2025 **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

Nombre del Electromédico Justo Trinidad

Encargado de Área

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 12/11/2025 **Ficha No:** _____

Datos del Equipo

Nombre: LAMPARAS, TOMA CORRIENTE E INTERRUPTORES
Marca: _____ **Modelo:** _____
Serie: _____
Ubicación: PERINATO ESTACION DE 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 ✓ ☐ ✗ ☐

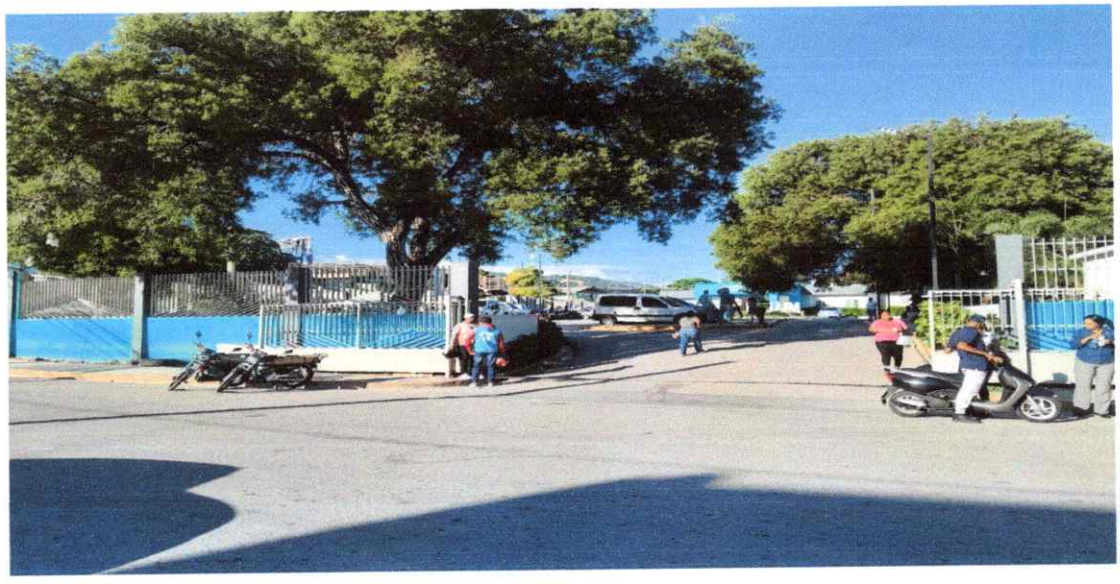
Fueron revisados las lámpara, los tomacorrientes y los interruptores y se cambiaron los que no estaba Funcionando correctamente, dejando todos funcionando y el área correctamente iluminada

Nombre del Electromédico Justo Trinidad

Encargado de Área

HOSPITAL
REGIONAL JAIME MOTA

PINTURA EXTERNA Y VERJA PERIMETRAL, HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA, NOVIEMBRE 2025.





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

HOSPITAL
REGIONAL JAIME MOTA







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


CONSULTA
EXTERNA



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: 26/11/2025 **Área Solicitante:** Control de Gases

Trabajos a Efectuar
los control de Gases ala a misticos Pues se daño en su totalidad los motos del Vacum. Por condiciones electricas

Observaciones

Firma del Solicitante

Firma del Técnico

INGENIERO BIEMODICO DEL ÁREA MÉDICA
Ingbimed
Ing. Biomedico
RNC: 133-22150-2
SANTO DOMINGO, R.D

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 13/11/2025 **Ficha No:** _____

Datos del Equipo

Nombre: LAMPARAS, TOMA CORRIENTE E INTERRUPTORES
Marca: _____ **Modelo:** _____
Serie: _____
Ubicación: UCI NEONATAL **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

Nombre del Electromédico **Encargado de Área**

Justo Trinidad

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 13/11/2025 **Ficha No:** _____

Datos del Equipo

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

Nombre del Electromédico Justo Trinidad

Encargado de Área _____

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 13/11/2025 **Ficha No:** _____

Datos del Equipo

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

Nombre del Electromédico Justo Trinidad

Encargado de Área _____

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 13/11/2025 **Ficha No:** _____

Datos del Equipo

Nombre: LAMPARAS, TOMA CORRIENTE E INTERRUPTORES
Marca: _____ **Modelo:** _____
Serie: _____
Ubicación: PERINATOLOGIA HABITACION MEDICO **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

Nombre del Electromédico Justo Trinidad

Encargado de Área

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 13/11/2025 **Ficha No:** _____

Datos del Equipo

Nombre: LAMPARAS, TOMA CORRIENTE E INTERRUPTORES
Marca: _____ **Modelo:** _____
Serie: _____
Ubicación: PRE-PARTO **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

Nombre del Electromédico Justo Trinidad

Encargado de Área _____

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 13/11/2025 **Ficha No:** _____

Datos del Equipo

Nombre: LAMPARAS, TOMA CORRIENTE E INTERRUPTORES
Marca: _____ **Modelo:** _____
Serie: _____
Ubicación: POST-PARTO **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

Nombre del Electromédico **Encargado de Área**

Justo Trinidad

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 13/11/2025 **Ficha No:** _____

Datos del Equipo

Nombre: LAMPARAS, TOMA CORRIENTE E INTERRUPTORES
Marca: _____ **Modelo:** _____
Serie: _____
Ubicación: POST-PARTO ESTACION DE 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

Nombre del Electromédico Justo Ramirez **Encargado de Área**

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 11/11/2025 **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

Nombre del Electromédico Justo Trinidad

Encargado de Área _____

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 11/11/2025 **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

Nombre del Electromédico **Encargado de Área**

Justo Trinidad

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 11/11/2025 **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

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ MANTENIMIENTO SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Nombre del Electromédico **Encargado de Área**

Justo Trinidad

VECTRA

ORDEN DE SERVICIO POST-VENTA

Por cuenta de: Tools & Resources Enterprises Toreen, S. R. L.

Fecha Solicitud:	18-nov-25	Fecha Servicio:	19/1/25
Num. de Orden:	OS2025-0005		

DATOS DEL CLIENTE:

Nombre Cliente:	SERVICIO NACIONAL DE SALUD	Telefono	
UBICACION DEL EQUIPO	HOSPITAL Jaime Mota	RNC: 430038415	LUGAR: Barahona
Reportado por:	Sandi Montero	Telefono Contacto:	8098716106
Funcion o Cargo:	Enc. Mantenimiento	Email:	

EQUIPO Y ANOMALIA O DESPERFECTO REPORTADO

Equipo Reportado:	Autoclave de 350lts		Marca/Modelo:	MAST 350	
Num. de Serie:	20175143		Fecha de Instalacion:	30/10/2018	
Anomalia o Desperfecto reportado:	Mantenimiento Preventivo, Servicio Facturable, notificar al cliente antes de ir				

TECNICO ASIGNADO

Nombre Tecnico:	Carlixto Nunez	Telefono:	8297211467
Email:		Email:	

DIAGNOSTICO Y SOLUCION

FALLO DETECTADO	CAUSA	SOLUCION		
			Piezas o Materiales Utilizados	Valor A Facturar o Indicar Garantia
SERVICIO FACTURABLE	RD$3,500 por hora de servicio, mas kilometraje de ida y vuelta (328klm) a 35pesos el klm, mas costo de las piezas que sean necesarias cambiar o reparar			
No para del proceso de pulso	filtro de entrada de agua dañado			
Personal Entrenado	F2 Tapado			
Error de Sensor de nivel de agua	cable de sensor dañado			

OBSERVACIONES GENERALES

DEL CLIENTE	DEL TECNICO
	Compresor de aire hay que cambiarlo por uno libre de aceite

Servicio recibido conforme por: SANDY MONTERO Sello:

Firma Tecnico: Carlixto Nuñez

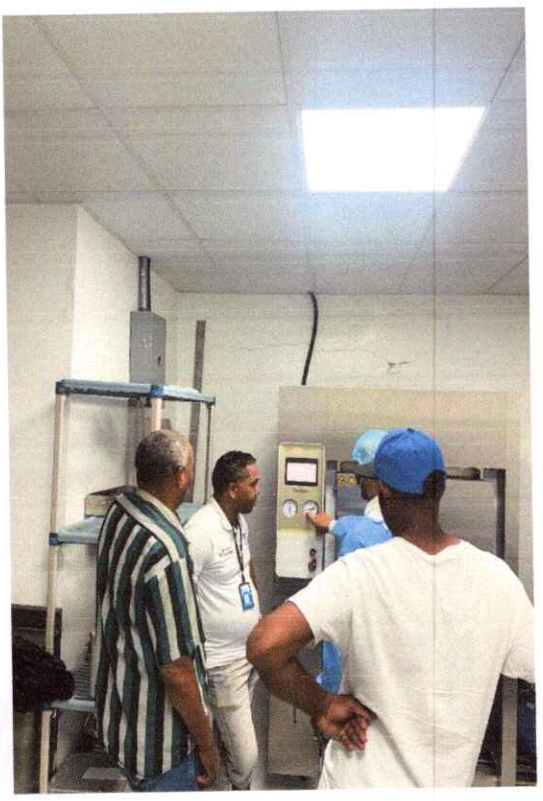
HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD
DIRECCION

Mantenimiento preventivo y correctivo de autoclave, 19/11/2025, hospital regional Jaime mota.









Desarrollo de Intervención en Salud

Santo Domingo, DN
Martes 4 de noviembre 2025

Dra. Graciela Lafontaine
Directora
Hospital Jaime Mota

Asunto: **Donación de mobiliarios**

Distinguido **Dra. Paulino:**

Luego de un cordial saludo, por medio de la presente le comunicamos que hemos enviado en calidad de donación algunos mobiliarios de oficina, para ser utilizados por el personal del Programa 43 para el resguardo de documentación y realizar las labores propias de auditoría.

Cantidad	Mobiliario
5	Pinzas Biopsia Interna
5	Pinzas Endocervical
5	Pinzas Biopsia de Pelvis
3	Pinzas Kelly Hemostática Recta
3	Pinzas Kelly Hemostática Curva

Servicio Nacional de Salud
Hospital Regional Jaime Mota
EN

Agradeciendo de ante mano sus atenciones.

Atentamente,

Dra. Blanca Conigliaro
Coordinadora Intervenciones en Salud
Dirección Ejecutiva

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
SNS
PROGRAMA 43 DE PREVENCIÓN DE CÁNCER
SANTO DOMINGO D.N.

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

(Fecha: 15- DICIEMBRE-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	15/12/2025	30/1/2026													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	15/12/2025	30/1/2026													anexo informe y formularios demantenimientos
ASCENSOR IMCALIFT-CELSUS EASY P15 (1125KG) 2 S/O (DOBLE ENTRADA	EXTERNO	ASCENSORES	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	MENSUAL	1/12/2025	1/1/2026													FACTURA pendiente de entrega
ASCENSOR IMCALIFT-CELSUS EASY P15 (1125KG) 3 S/O	EXTERNO	ASCENSORES	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	MENSUAL	1/12/2025	1/1/2026													FACTURA pendiente de entrega
UNIDAD DE HEMODIALISIS	EXTERNO	EQUIPOS DE LA UNIDAD	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	MENSUAL															este reporte se emite a final de cada mes
TOMA CORRIENTE, LAMPARA, INTERUTOR	interno	(SUSTITUCION) BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	ttimestrl	4/12/2025	4/3/2026													QUIROFANO 2
TOMA CORRIENTE, LAMPARA, INTERUTOR	interno	(SUSTITUCION) BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	ttimestrl	4/12/2025	4/3/2026													QUIROFANO 3
piso y pintura	interno	buen estado	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	3/12/2025	3/6/2026													QUROFANO 1
piso y pintura	interno	buen estado	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	5/12/2025	5/6/2026													QUIROFANO 2
piso y pintura	interno	buen estado	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	5/12/2025	5/6/2026													UCI
piso y pintura	interno	buen estado	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	9/12/2025	9/6/2026													CIRUGIA 1
TOMA CORRIENTE, LAMPARA, INTERUTOR	interno	(SUSTITUCION) BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	4/12/2025	4/6/2026													BLOQUE DE CIRUGIA
TOMA CORRIENTE, LAMPARA, INTERUTOR	interno	(SUSTITUCION) BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	3/12/2025	3/6/2026													SALA DE CIRUGIA 1
TOMA CORRIENTE, LAMPARA, INTERUTOR	interno	(SUSTITUCION) BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	3/12/2025	3/6/2026													SALA DE CIRUGIA 2

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA
Calidad Institucional
EN

TOMA CORRIENTE, LAMPARA, INTERUTOR	interno	(SUSTITUCION) BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	3/12/2025	3/6/2026												QUIROFANO (ESTACION DE NEFERMERIA)
TOMA CORRIENTE, LAMPARA, INTERUTOR	interno	(SUSTITUCION) BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	3/12/2025	3/6/2026												AREA E ESTERILIZACION
TOMA CORRIENTE, LAMPARA, INTERUTOR	interno	(SUSTITUCION) BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	3/12/2025	3/6/2026												DEPOSITO DE MATERIALES
TOMA CORRIENTE, LAMPARA, INTERUTOR	interno	(SUSTITUCION) BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	5/12/2025	5/6/2026												QUIROFANO 1
TOMA CORRIENTE, LAMPARA, INTERUTOR	interno	(SUSTITUCION) BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	5/12/2025	5/6/2026												CENTRAL DE EQUIPO
piso y pintura	interno	buen estado	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	9/12/2025	9/6/2026												CURUGIA 2
piso y pintura	interno	buen estado	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	9/12/2025	9/6/2026												CIRUGIA 3
LAMPARAS	interno	BUEN ESTADO DE UTILIDAD	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	ttimestral	4/12/2025	4/6/2026												PASILLO DEL QUIROFANO
piso y pintura	interno	buen estado	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	9/12/2025	9/6/2026												PERINATO NEONATAL
piso y pintura	interno	buen estado	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	9/12/2025	9/6/2026												PERINATO(ESTACION DE ENFERMERIA)
piso y pintura	interno	buen estado	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	9/12/2025	9/6/2026												PERINATO 2
piso y pintura	interno	buen estado	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	9/12/2025	9/6/2026												UCI NEONATAL



HOSPITAL
REGIONAL JAIME MOTA

REPORTE

Actividad	SOPORTES INCIDENCIAS TECNOLOGICAS ATENDIDAS código 3.5.1.1.02			
Departamento	TECNOLOGIA			
Responsible	GERALD DE JESUS GOMEZ			
Fecha	15/12/2025	LUGAR	HOSPITAL JAIME MOTA	
Introducción	Reporte sobre los mantenimientos y soportes realizados en el mes de noviembre 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 15 reportes de incidencias tecnológicas atendidas y debidamente reportadas este mes de noviembre, las mismas están divididas en 13 reportes individuales por incidencias reportadas. Estas incidencias las podemos dividir en las siguientes según el incidente reportado: 1- Mantenimiento de impresoras 04 2- Instalación de impresora 03 3- Instalación de computador 01 4- Cambio de impresora 04 5- Mantenimiento de computadora 03			
Conclusions	Cada una de estas15 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

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: 25 / 11 / 25
Nombre: Gerald Gomez
Usuario: Zulema Luis **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: maternidad puerto **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 impresora nueva				
	3.				
	4. epson L6270.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Gerald Gomez
Firma de Técnico

Zulema Luis
Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 26 / 11 / 25
Nombre: Gisela Gomez
Usuario: Noelia **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.				
	2. Instalación de impresora nueva				
	3.				
	4. L6270				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Gisela Gomez
Firma de Técnico

Noelia Grano R.
Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 28 / 11 / 2025

Nombre: Farmacia

Usuario: Frabette 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**
		28	11	2025	
	1. Mantenimiento				
	2.				
	3.				
	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: 27 / 11 / 25
Nombre: Gerald Gomez
Usuario: Yoreilin Feliz J. **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Pediatria **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 Impresora				
	3.				
	4. nueva C6270				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Gerald Gomez
Firma de Técnico

Firma del Usuario

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA
Pediatría
EN

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 27 / 11 / 25
Nombre: Cristel Gomez
Usuario: Kristy M. Ferreras P. **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. Instalación de computadora				
	3.				
	4. Completa + escritorio				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Cristel Gomez
Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA
Compra EN

Kristy Ferreras
Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 28 / 11 / 2025

Nombre: Hombres

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

Departamento: _____ **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☑ Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca		**Marca**	
Modelo	Epson	**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. Cambio de impresora				
	4.				
	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

28/11/25
Hora: 11:30 AM

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 28 / 11 / 2025

Nombre: Pesto

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

Departamento: _____ **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☑ Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca	Epson	**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.				
	4. Se hizo un cambio de impresora				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Dra Páez.
Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 11/12/25
Nombre: Genel Gomez
Usuario: Robert Santana **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: 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. Mantenimiento de la computadora				
	3.				
	4. y de la impresora				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Genel Gomez
Firma de Técnico

Dr. Roselvi Santana
Firma del Usuario

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 10 / 12 / 25

Nombre: Cesar Gomez

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

Departamento: Seguridad **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

- [x] Computadora de Escritorio
- [ ] Laptop
- [x] 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. Mantenimiento de las computadoras				
	2.				
	3. y Cambio de impresora				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico



Julio Cesar Feliz

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 11/12/25

Nombre: Gerardo Gomez

Usuario: Mello **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. Cambio de Caja de Mantenimiento				
	3.				
	4. Y de impresora				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 10 / 12 / 25
Nombre: Genesis Gomez
Usuario: Paula Martinez **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Mamá Canguro **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 los computadores				
	3.				
	4. y cambio de mouse				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA
Mamá Canguro

Dra. Paula Martínez
Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 5 / 12 / 2025
Nombre: Franklyn Feliz
Usuario: _____ **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Mantenimiento **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

- ☐ Computadora de Escritorio
- ☐ Laptop
- ☑ Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca		**Marca**	
Modelo	Epson	**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. Relleno de impresora				
	4.				
	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 INFORMÁTI
DTI-FO-011– Versión:
Fecha de aprobación: 26/4/2

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 5 / 12 / 25

Nombre: Franklyn Feliz

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

Departamento: Virología **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☑ Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca		**Marca**	
Modelo	Epson	**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. Relleno de impresora				
	4.				
	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

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

Fecha: 4/12/2025 **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

Nombre del Electromédico **Encargado de Área**

Justo Trinidad

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 4/12/2025 **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

Nombre del Electromédico **Encargado de Área**

Justo Trinidad

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 3/12/2025 **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

Nombre del Electromédico **Encargado de Área**

Justo Trinidad

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 5/12/2025 **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

Nombre del Electromédico **Encargado de Área**

Just Trinidad

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 5/12/2025 **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

Nombre del Electromédico **Encargado de Área**

Justo Trinidad

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 9/12/2024 **Ficha No:**

Datos del Equipo

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

Nombre del Electromédico **Encargado de Área**

Justo Trinidad

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 4/12/2024 **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

Nombre del Electromédico Justo Trinidad **Encargado de Área**

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 3/12/2025 **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

Nombre del Electromédico Justo Trinidad **Encargado de Área**

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 3/12/2024 **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

Nombre del Electromédico **Encargado de Área**

Justo Trinidad

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 3/12/2024 **Ficha No:**

Datos del Equipo

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

Ubicación: QUIROFANO (ESTACION DE 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

Nombre del Electromédico **Encargado de Área**

Justo Trinidad

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 3/12/2025 **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

Nombre del Electromédico **Encargado de Área**

Justo Trinidad

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 3/12/2025 **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

Nombre del Electromédico **Encargado de Área**

Justo Trinidad

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 5/12/2025 **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

Nombre del Electromédico **Encargado de Área**

Justo Trinidad

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 5/12/2025 **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

Nombre del Electromédico **Encargado de Área**

Justo Trinidad

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 9/12/2025 **Ficha No:**

Datos del Equipo

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

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 9/12/2024 **Ficha No:** _____

Datos del Equipo

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

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: 4/12/2025 **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

Nombre del Electromédico **Encargado de Área**

Justo Trinidad

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 9/12/2025 **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 **Encargado de Área**

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 9/12/2025 **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

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: 9/12/2025 **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

Encargado de Área

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 9/12/2025 **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

Nombre del Electromédico **Encargado de Área**