SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD

SEGUIMIENTO MENSUAL A PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO HOSPITAL REGIONAL Y UNIVERSITARIO JAIME MOT

(Fecha: 30 - enero-2026.)

Instalación / Maquinaria	Elementos del Equipo a realizar Mantenimiento.	Descripción Actividad a Realizar	Mantenimiento Prevent. o Correct.	Periodicidad para Revisión	Último Mantenimiento	Próximo Mantenimiento	Mes de Ejecución del Mantenimiento												Observaciones
							Ene	Feb	Mar	Abr	May	JUN	JUL	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	
Computadora de Escritorio	1. Parte interna del CPU. 2. Monitor. 3. Teclado. 4. Mouse	Limpieza de componentes con aire comprimido	preventivo y correctivo	MENSUAL	28/01/2026	28/02/2026													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	28/01/2026	28/02/2026													anexo informe y formularios demantenimientos
ASCENSOR IMCALIFT-CELSUS EASY P15 (1125KG) 2 S/O (DOBLE ENTRADA	EXTERNO	ASCENSORES	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	MENSUAL	20/01/2026	20/02/2026													FACTURA ANEXA
ASCENSOR IMCALIFT-CELSUS EASY P15 (1125KG) 3 S/O	EXTERNO	ASCENSORES	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	MENSUAL	20/01/2026	20/02/2026													FACTURA ANEXA
UNIDAD DE HEMODIALISIS	EXTERNO	EQUIPOS DE LA UNIDAD	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	MENSUAL	30/01/2026	28/02/2026													hoja de reporte
aspirador medico	interno	equipo reparado dejado funcionando correctamente	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	cuatrimestral	15/01/2026	15/05/2026													sala de parto

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA
Calidad Institucional
EN

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 15/01/2026 **Ficha No:** _____

Datos del Equipo

Nombre: Aspirador medico
Marca: Ken Ro medical **Modelo:** TK-1602
Serie: _____
Ubicación: Sala de parto **Inventario No.** _____
Periodo: 4M ☐ 6M ☐ 12M ☐ Otro: SEMESTRAL 2 mes ☑
Notas: en funcionamiento normal

Descripción de Acciones

Inspección Física ☑
Revisión Operacional ☐
Verificación Autodiagnóstico ☐

Otras acciones:

El esquipo fue dejado en la sala de parto funcionando correctamente

Materiales Utilizados

Condición Final ✓ ☐ ✗ ☐ ☑

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
MANTENIMIENTO
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Eiryn Feliz Gomez
Nombre del Electromédico

Ing. Avilda Feliz C.
Encargado de Área

REGIONAL JAIME MOTA

PROGRAMA DE CONTROL DE INFECCIONES (PRUEBA DE AGUA)

MES Y AÑO 1/2026

FECHA	CLORO	DUREZA	PH	TDS	FIRMA
1/2026	5. 1	0	6 8	0 0	Yovanny
2/2026	5. 1	0	6 6	0 1	Yovanny
3/2026	5. 1	0	6 7	0 2	Yovanny
4/2026	5. 1	0	6 9	0 0	Yovanny
5/2026	5. 1	0	6 8	0 2	Yovanny
6/2026	5. 1	0	7 2	0 0	Yovanny
7/2026	5. 1	0	6 8	0 2	Yovanny
8/2026	5. 1	0	7 2	0 2	Yovanny
9/2026	5. 1	0	6 9	0 0	Yovanny
10/2026	5. 1	0	6 9	0 1	Yovanny
11/2026	5. 1	0	6 9	0 2	Yovanny
12/2026	5. 1	0	6 8	0 2	Yovanny
13/2026	5. 1	0	7 2	0 2	Yovanny
14/2026	5. 1	0	6 9	0 1	Yovanny
15/2026	5. 1	0	6 8	0 2	Yovanny
16/2026	5. 1	0	7 2	0 1	Yovanny
17/2026	5. 1	0	6 8	0 2	Yovanny
18/2026	5. 1	0	6 8	0 1	Yovanny
19/2026	5. 1	0	6 8	0 2	Yovanny
20/2026	5. 1	0	7 2	0 2	Yovanny
21/2026	5. 1	0	6 8	0 1	Yovanny
22/2026	5. 1	0	6 8	0 1	Yovanny
23/2026	5. 1	0	7 2	0 1	Yovanny
24/2026	5 1	0	6 8	0 2	Yovanny
25/2026	5. 1	0	6 9	0 0	Yovanny
26/2026	5. 1	0	6 8	0 1	Yovanny
27/2026	5. 1	0	6 7	0 2	Yovanny
28/2026	5. 1	0	6 8	0 0	Yovanny
29/2026	5. 1	0	7 2	0 1	Yovanny
30/2026	5. 1	0	6 8	0 2	Yovanny
31/2026	5. 1	0	6 8	0 2	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

SAN MIGUEL & CÍA, S.R.L.

PLANTAS ELÉCTRICAS // ASCENSORES & ESCALERAS MITSUBISHI

Factura

NCF	E450000000819
Valido Hasta	31/12/27
No. Documento	1500005012
Condiciones	30 dias

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

DATOS DEL CLIENTE

Fecha	20/01/2026
Código	C06681
Nombre	HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA
RNC	430038415
Contacto	TEANNY PEREZ
Email	HOSPITALJAIMEMOTA@HOTMAIL.COM
Teléfono	
Dirección	AVE. CASANDRA DAMIRON #2

Técnico Simeon Díaz

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANT.	PRECIO	TOTAL
S00065	MANTENIMIENTO PREVENTIVO ASCENSOR	1.00	DOP22,000.00	DOP22,000.00

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

COMENTARIOS

MANTENIMIENTO PREVENTIVO - ENERO 2026

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: Lzc6Uc
Fecha de firma Digital: 20-01-2026

HOSPITAL
REGIONAL JAIME MOTA

REPORTE

Actividad	SOPORTES INCIDENCIAS TECNOLOGICAS ATENDIDAS código 3.1.5.02			
Departamento	TECNOLOGIA			
Responsible	GERALD DE JESUS GOMEZ			
Fecha	28/01/2026	LUGAR	HOSPITAL JAIME MOTA	
Introducción	Reporte sobre los mantenimientos y soportes realizados en el mes de enero 2026 en el centro por el equipo de tecnología a los equipos informáticos de las distintas áreas del hospital.			
Metodología	Revisión de los soportes de las incidencias atendidas			
Description	Tenemos un total de 20 reportes de incidencias tecnológicas atendidas y debidamente reportadas este mes de enero, 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 10 2- Instalación de UPS 01 3- Instalación de computador 03 4- Cambio de MOUSE 01 5- Restablecer teléfono 01 6- Restablecimiento de sistema operativo 01 7- Configuración de IP 01 8- Reparación de impresora 01 9- Instalación de SCANNER 01			
Conclusions	Cada una de estas 20 incidencias reportadas fueron atendidas y dejado en funcionamiento los equipos intervenidos y cambiados los que fueron retirados de funcionamiento.			
Recommendations	Continuar realizando los mantenimientos con la 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			

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 INFORMÁT
DTI-FO-011– Versión
Fecha de aprobación: 26/4/

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 06/02/2026
Nombre: Compra
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**	**Mes**	**Año**	**Hora**
		06	02	2026	
	1.				
	2. Instalacion de Scanner				
	3.				
	4. DS-530II				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA
Compra EN

Firma del Usuario

6/2/26

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 19 / 01 / 26
Nombre: Gabriel Gomez
Usuario: Seguridad **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: UCI **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☐ Impresora

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

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

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

Gabriel 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 INFORMÁTI
DTI-FO-011– Versión:
Fecha de aprobación: 26/4/2

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 16/02/2026

Nombre: _____

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

Departamento: Administracion **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** 02	**Año** 2026	**Hora**
	1.				
	2.				
	3. Configuracion 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

Sub Dirección

s/p Lcda. Elsa Heredia

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: 16 / 1 / 2026

Nombre: Franklyn Ramirez

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

Departamento: Uci **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**
	1.				
	2.				
	3. Mantenimiento de impresora y				
	4.				
	5. Relleno de tinta				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSÉ MARÍA CABRAL Y BÁEZ – TECNOLOGÍA – SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Lic. Dorca Feliz C.
Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 9/1/26
Nombre: Franklyn
Usuario: _____ **Nomenciatura de Equipo:** _____
Departamento: Parasitologia **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☑ Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca		**Marca**	
Modelo		**Modelo**	
Serio o Service Tag	Ebon	**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 impresora				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 9 / 1 / 26

Nombre: Franklyn

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

Departamento: _____ **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☑ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☐ Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca	Dell	**Marca**	Lenovo
Modelo		**Modelo**	
Serio o Service Tag		**Serial o Service Tag**	940 04674
Código Activo Fijo	Donado	**Código Activo Fijo**	940 04 082
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. Instalacion de computadora				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA
Calidad Institucional
EN

Mary Jmet Díaz
Firma del Usuario
9-01-26

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 23/01/26
Nombre: Ismael Gomez
Usuario: Sandra Becera **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Calidad **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
5.
6.

Fecha de Salida	Día	Mes	Año	Hora

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

Ismael Gomez
Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA – Calidad Institucional – EN

Firma del Usuario

HOSPITAL REGIONAL … – Calidad Institucional – EN

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 14 / 01 / 26
Nombre: Gerald Gomez
Usuario: Lorena Flores Flores **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.				
	2. Reparación de Impresora				
	3.				
	4. epson m3170 Cambio de suministro				
	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: 16 / 1 / 2026
Nombre: Franklyn Ramirez
Usuario: _____ **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: H **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ *Computadora de Escritorio*
☐ Laptop
☑ Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca		**Marca**	
Modelo		**Modelo**	
Serio o Service Tag	HP Scan	**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. Mantenimiento de impresora				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO ... NORTE
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: 16/01/2026
Nombre: Laboratorio
Usuario: _____ **Nomenciatura 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** 01	**Año** 2026	**Hora**
	1.				
	2. Configuración de IP				
	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 INFORMÁTI
DTI-FO-011– Versión:
Fecha de aprobación: 26/4/2

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 16 / 1 / 2026
Nombre: Franklyn
Usuario: _____ **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Mayores _____ **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ *Computadora de Escritorio*
☐ Laptop
☐ Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca		**Marca**	
Modelo	Canon	**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. Hacer que imprima Nuevamente				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO TECNOLOGIA SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma de Técnico

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: 16 / 1 / 2026
Nombre: Franklyn Ramirez
Usuario: _____ **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Contabilidad **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ *Computadora de Escritorio*
☐ Laptop
☑ ~~Impresora~~

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca		**Marca**	
Modelo		**Modelo**	
~~Serio o Service Tag~~	Canon	**~~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. Mantenimiento de impresora				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSÉ MARÍA CABRAL Y BÁEZ
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma de Técnico

NSanchez

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 9 / 1 / 26

Nombre:

Usuario: Franklyn **Nomenclatura de Equipo:**

Departamento: administrativo **Extensión:**

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☐ Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca		**Marca**	
Modelo		**Modelo**	Dell
Serio o Service Tag		**Serial o Service Tag**	
Código Activo Fijo	SRSEN-440-000247	**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. instalacion de UPS				
	4.				
	5. instacion de computadora				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
ADMINISTRACION
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 9 / 1 / 26

Nombre: Franklyn

Usuario: _____ **Nomenciatura de Equipo:** _____

Departamento: Administración **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. Relleno de tinta				
	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 INFORMÁTIC
DTI-FO-011– Versión: (
Fecha de aprobación: 26/4/20

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 08/01/26
Nombre: Jessica M. Corrosco P.
Usuario: Ronald Gómez **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Mujer **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 de impresora				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Ronald Gómez
Firma de Técnico

Jesica Corrosco
Firma del Usuario

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS INFORMÁTIC
DTI-FO-011– Versión:
Fecha de aprobación: 26/4/2(

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 02/01/2026
Nombre: Laboratorio Virologia
Usuario: Frankelyn 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	01	2026	
	1.				
	2. Mantenimiento				
	3.				
	4. Restablecimiento de la tinta				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA
Virología
EN

Firma del Usuario

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS INFORMÁTIC
DTI-FO-011– Versión:
Fecha de aprobación: 26/4/2(

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 02/01/2026
Nombre: Laboratorio Capodaglio
Usuario: Frantzie Feliz **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: _____ **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

X Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☐ Impresora

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

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones					
Mantenimiento Preventivo	**Fecha de Ingreso**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**
	1.	02	01	2026	
	2. Restablecimiento de Sistema				
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Lic. Berky Ozuna
Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 27/12/25

Nombre: Admision

Usuario: Maribel 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	12	2025	
	1.				
	2. Restablecer el Telefono				
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Angela Bato
Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 26 / 12 / 2025
Nombre: _____
Usuario: Fernando Feliz **Nomenciatura 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** 26	**Mes** 12	**Año** 2025	**Hora**
	1.				
	2. Rellenada				
	3.				
	4. Mantenimiento				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO TECNOLOGIA SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma del Usuario

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Plan de Mantenimiento Preventivo / Correctivo
XXX-FO-XXX Versión: 01
Fecha de aprobación: 4/08/2021

SEGUIMIENTO MENSUAL A PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO HOSPITAL REGIONAL Y UNIVERSITARIO JAIME MOT

(Fecha: 26 - febrero-2026.)

Instalación / Maquinaria	Elementos del Equipo a realizar Mantenimiento.	Descripción Actividad a Realizar	Mantenimiento Prevent. o Correct.	Periodicidad para Revisión	Último Mantenimiento	Próximo Mantenimiento	Mes de Ejecución del Mantenimiento												Observaciones
							Ene	Feb	Mar	Abr	May	JUN	JUL	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	
Computadora de Escritorio	1. Parte interna del CPU. 2. Monitor. 3. Teclado. 4. Mouse	Limpieza de componentes con aire comprimido	preventivo y correctivo	MENSUAL	25/02/2026	25/03/2026													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	25/02/2026	25/03/2026													anexo informe y formularios demantenimientos
ASCENSOR IMCALIFT-CELSUS EASY P15 (1125KG) 2 S/O (DOBLE ENTRADA	EXTERNO	ASCENSORES	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	MENSUAL	02/02/2026	02/03/2026													FACTURA ANEXA
ASCENSOR IMCALIFT-CELSUS EASY P15 (1125KG) 3 S/O	EXTERNO	ASCENSORES	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	MENSUAL	02/02/2026	02/03/2026													FACTURA ANEXA
UNIDAD DE HEMODIALISIS	EXTERNO	EQUIPOS DE LA UNIDAD	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	MENSUAL	25/02/2026	25/03/2026													hoja de reporte
TOMA CORRIENTE, LAMPARA, INTERUTOR	INTERNO	(SUSTITUCION) BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	TRIMESTRAL	19/02/2026	19/05/2026													post-quirurgico (estacion)
TOMA CORRIENTE, LAMPARA, INTERUTOR	INTERNO	(SUSTITUCION) BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	TRIMESTRAL	19/02/2026	19/05/2026													pre-quirurgico (estacion)
mesa quirurgica	INTERNO	mantenimiento de la mesa quirurgica, dejando la misma funcionando correctameente	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	semestral	21/02/2026	21/08/2026													quirofanos

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA
Calidad Institucional
EN

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 21/2/2026 **Ficha No:** SRSEM-440-03008

Datos del Equipo

Nombre:
Marca: ~~Mesa quirúrgica~~ Avante **Modelo:** TORINO EXL
Serie:
Ubicación: quirófano **Inventario No.**
Periodo: 4M ☐ 6M ☐ 12M ☐ **Otro:** SEMESTRAL 1 AÑO
Notas: Equipo en funcionamiento

Descripción de Acciones

Inspección Física ☑
Revisión Operacional ☐
Verificación Autodiagnóstico ☐

Otras acciones:

El equipo fue Reparado y dejado Trabajando en optimas condiciones en el area de cirugia

Materiales Utilizados

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

Condición Final ☑ ☐ X ☐ ☑

Jeanuis Alexander de la Cruz Morales
Nombre del Electromédico

Luz Amilcar Feliz C.
Encargado de Área

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 19/2/2026 **Ficha No:**

Datos del Equipo

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

Descripción de Acciones

Inspección Física ☐
Revisión Operacional ☐
Verificación Autodiagnóstico ☐

Otras acciones:

Materiales Utilizados

OBSERCACION . LAMPARAS. TOMA CORRIENTES E INTERRUPTORES

Condición Final ✓ ☐ ✕ ☐

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

Justo Trinidad

Nombre del Electromédico **Encargado de Área**

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 19/2/2026 **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 lampara, 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**

HOSPITAL
REGIONAL JAIME MOTA

PROGRAMA DE CONTROL DE INFECCIONES (PRUEBA DE AGUA)

MES Y AÑO Febrero 2026

FECHA	CLORO	DUREZA	PH	TDS	FIRMA
1/ 2026	5 1	0 1	6 8	0 0	Yoelvanny
2/ 2026	5 1	0 0	6 8	0 0	Yoelvanny
3/ 2026	5 1	0 2	7 2	0 0	Yoelvanny
4/ 2026	5 1	0 1	6 8	0 0	Yoelvanny
5/ 2026	5 1	0 0	6 8	0 0	Yoelvanny
6/ 2026	5 1	0 0	6 8	0 0	Yoelvanny
7/ 2026	5 1	0 2	6 8	0 0	Yoelvanny
8/ 2026	5 1	0 1	7 2	0 3	Yoelvanny
9/ 2026	5 1	0 1	6 8	0 2	Yoelvanny
10/ 2026	5 1	0 2	6 8	0 1	Yoelvanny
11/ 2026	5 1	0 0	7 2	0 1	Yoelvanny
12/ 2026	5 1	0 0	6 8	0 2	Yoelvanny
13/ 2026	5 1	0 1	6 8	0 1	Yoelvanny
14/ 2026	5 1	0 1	7 2	0 0	Yoelvanny
15/ 2026	5 1	0 2	6 8	0 0	Yoelvanny
16/ 2026	5 1	0 0	7 2	0 3	Yoelvanny
17/ 2026	5 1	0 0	6 8	0 2	Yoelvanny
18/ 2026	5 1	0 0	7 2	0 1	Yoelvanny
19/ 2026	5 1	0 0	6 8	0 2	Yoelvanny
20/ 2026	5 1	0 0	6 8	0 3	Yoelvanny
21/ 2026	5 1	0 1	7 2	0 1	Yoelvanny
22/ 2026	5 1	0 1	6 8	0 1	Yoelvanny
23/ 2026	5 1	0 2	6 8	0 2	Yoelvanny
24/ 2026	5 1	0 0	7 2	0 3	Yoelvanny
25/ 2026	5 1	0 0	6 8	0 1	Yoelvanny
26/ 2026	5 1	0 1	7 2	0 0	Yoelvanny
27/ 2026	5 1	0 2	6 8	0 2	Yoelvanny
28/ 2026	5 1	0 1	6 8	0 3	Yoelvanny

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
EPIDEMIOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA
HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA

REN 6

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

SAN MIGUEL & CÍA, S.R.L.

PLANTAS ELÉCTRICAS // ASCENSORES & ESCALERAS MITSUBISHI

Factura

NCF	E450000000835
Valido Hasta	31/12/27
No. Documento	100150280
Condiciones	30 dias

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

DATOS DEL CLIENTE

Fecha	02/02/2026
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 FEBRERO 2026	1.00	DOP22,000.00	DOP22,000.00

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

OBSERVACIONES

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

Código de Seguridad: AJV600
Fecha de firma Digital: 02-02-2026

HOSPITAL
REGIONAL JAIME MOTA

REPORTE

Actividad	SOPORTES INCIDENCIAS TECNOLOGICAS ATENDIDAS código 3.1.5.02			
Departamento	TECNOLOGIA			
Responsible	GERALD DE JESUS GOMEZ			
Fecha	26/02/2026	LUGAR	HOSPITAL JAIME MOTA	
Introducción	Reporte sobre los mantenimientos y soportes realizados en el mes de enero 2026 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 37 reportes de incidencias tecnológicas atendidas y debidamente reportadas este mes de febrero, las mismas están divididas en 34 reportes individuales por incidencias reportadas. Estas incidencias las podemos dividir en las siguientes según el incidente reportado: 1- Mantenimiento de impresoras 13 2- Mantenimiento de pc 04 3- Instalación de impresora 12 4- Cambio de MOUSE 02 5- Instalación paquete office 01 6- Cambio de teclado 02 7- Instalación de Windows 01 8- Reparación de impresora 01 9- Restablecimiento de red 01			
Conclusions	Cada una de estas 37 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
SERVICIO NACIONAL DE SALUD
TECNOLOGIA

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

REN 6

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 28/02/2026
Nombre: Emergencia Admisión
Usuario: Frankelys 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**
	28	02	2026	

1. Rellenado de tinta
2.
3. Mantenimiento
4.
5.
6.

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

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO INMACULADA CONCEPCIÓN TECNOLOGÍA SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma de Técnico

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 20/02/2026
Nombre: Facturación
Usuario: [illegible] **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: _____ **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

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

Configuración de Hardware

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

Configuración de Software

Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

Mantenimiento Preventivo	**Fecha de Ingreso**	**Día** 20	**Mes** 02	**Año** 2026	**Hora**
	1.				
	2. Restablecimiento de IP				
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO SERVICIO NACIONAL DE SALUD TECNOLOGIA

Firma de Técnico

Nadia Garcia

Firma del Usuario

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 30/01/2026
Nombre: Yoselin Feliz
Usuario: _____ **Nomenciatura 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. Rellenada de tinta
3.
4.
5.
6.

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA – SERVICIO NACIONAL DE SALUD – TECNOLOGÍA

Firma de Técnico

Firma del Usuario

Area de TI.

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 05 / 02 / 26
Nombre: Azucena Ozuna.
Usuario: Gerald Gomez. **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: RH Medicina Critica. **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**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma de Técnico

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 03 / 02 / 26

Nombre: Gerald Gomez

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

Departamento: Cenasa Contabilidad **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☐ Impresora

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

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

Mantenimiento Preventivo

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

1.
2. Instalación de impresora
3.
4. nueva epson L6270
5.
6.

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

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

Gerald Gomez
Firma de Técnico

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

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 03 / 02 / 26
Nombre: Gerald Gomez
Usuario: Jaurian Daniel Suero **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. Instalación de impresora				
	3.				
	4. epson L6270				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Gerald Gomez
Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA
Atendido
EN

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 05 / 02 / 26
Nombre: Lic. Adelmis Díaz
Usuario: Crendy Gomez **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Maternidad **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☑ Impresora

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

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

Mantenimiento Preventivo

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

1.
2. Instalación de impresora
3.
4. epson L6270 nueva
5.
6.

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

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma de Técnico

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 5 / 2 / 26
Nombre: Jose Angel Cortz A.
Usuario: Compras **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Compras TIRUSM **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 epson				
	3.				
	4. L 6270 nueva				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma de Técnico

Firma del Usuario

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA
Compra
EN

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 5 / 04 / 2024
Nombre: Ruth Lopez.
Usuario: Gricel Gomez T **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: DIRECCION **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 epson				
	3.				
	4. L6270 nueva				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO REGIONAL DE SALUD

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA
RECIBIDO
Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 05 / 02 / 26
Nombre: Salud Medicina
Usuario: Gerald Gomez **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Hombre **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☐ Impresora

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

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

Mantenimiento Preventivo

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

1.
2. Instalación de impresora
3.
4. epson L6270 nueva
5.
6.

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

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

Firma de Técnico

Firma del Usuario

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA – SUB DIR. DE ENFERMERIA – SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 5 / 2 / 2026
Nombre: Rosbelis Santana
Usuario: Genesis Gomez **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Lab. D' 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. Instalación de impresora				
	4.				
	5. L 070 nuevo				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

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

Firma de Técnico

Firma del Usuario

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 05 / 07 / 26
Nombre: Gerald Gomez
Usuario: Recepcion **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Cirugia **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. epson L6270 nueva
5.
6.

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

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

Gerald Gomez
Firma de Técnico

Dra. Ferreras R. MSP
Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 18/02/26
Nombre: Gerald Gomez
Usuario: Dania Suero **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Consultorio 2 **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☑ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☐ Impresora

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

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

Mantenimiento Preventivo	**Fecha de Ingreso**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**
	1.				
	2. mantenimiento y instalación				
	3.				
	4. de paquete de oficina				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

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

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA – Atención al Usuario – SNS

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 19/02/26
Nombre: Gerald Gomez
Usuario: KARINA Rivas Solis **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Sub-Dirección **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☑ Impresora

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

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

Mantenimiento Preventivo	**Fecha de Ingreso**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**
	1.				
	2. Engranaje obstruido atasco de				
	3.				
	4. Papel (solucionado)				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

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

Gerald Gomez
Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA – Sub Dirección – EN

KARINA R. S.
Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 18/02/26
Nombre: Gerald Gomez
Usuario: Juana Feliz **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Quimica **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☐ Impresora

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

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

Mantenimiento Preventivo	**Fecha de Ingreso**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**
	1.				
	2. Mantenimiento impresora				
	3.				
	4. epson 3250				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGÍA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma de Técnico

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 29/02/2026
Nombre: Laboratorio TB
Usuario: [illegible] **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: _____ **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☒ Impresora

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

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

Mantenimiento Preventivo

Fecha de Ingreso	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**
	20	02	2026	

1. Restablecimiento de impresora
2.
3.
4.
5.
6.

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

Firma de Técnico

Firma del Usuario V°B°

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

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 03/02/26
Nombre: Gerald Gomez
Usuario: [illegible] **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. Reparación de impresora
3.
4. Engranaje obstruido.
5.
6.

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

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma de Técnico

Firma del Usuario

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 03/02/6
Nombre: Gerald Gomez
Usuario: Violeta Ayala **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: TV **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. entrega de 1 teclado y 1				
	3.				
	4. mouse				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA TECNOLOGIA SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma de Técnico

Lic Violeta Ayala
Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 23/02/26
Nombre: Gerald Gomez
Usuario: Marilin Peláez **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Química **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

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

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

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones					
Mantenimiento Preventivo	**Fecha de Ingreso**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**
	1.				
	2. Cambio de mouse y teclado				
	3.				
	4. de las Computadoras				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA Química Clínica EN

Firma de Técnico

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 26/02/26
Nombre: Daniel Gomez
Usuario: Yuyana Diaz G. **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Virología **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☐ Impresora

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

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

Mantenimiento Preventivo

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

1. Instalación de ventiladores
2.
3. y mantenimiento de las impresoras
4.
5. Cambio de cargador
6.

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

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Daniel Gomez
Firma de Técnico

Firma del Usuario

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA
EN
Virología

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 26/02/26
Nombre: Gerald Gomez
Usuario: Freddy Alcantara **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Activo fijo **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. Epson 6710 Cambio Rueda Conos
5.
6. 6101O

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

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

Firma de Técnico

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 26 / 02 / 26

Nombre: Gerald Coss

Usuario: Consultorio 4 **Nomenclatura de Equipo:** _____

Departamento: Consultorio 4 **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. Cambio de mouse				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA — TECNOLOGÍA

Gerald Coss
Firma de Técnico

Anneth C. Rodríguez Pág.
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: 26/02/2026
Nombre: Laboratorio
Usuario: [illegible] **Nomenciatura 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** 26	**Mes** 02	**Año** 2026	**Hora**
	1.				
	2. Mantenimiento				
	3.				
	4. Rellenado de tinta				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSÉ MARÍA CABRAL Y BÁEZ
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 29/01/26
Nombre: Glued Gomez
Usuario: Dep Soporte TI **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Pre-parto **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 de las computadoras				
	4.				
	5. Instalación de Office y actualizaciones				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JUAN PABLO PINA

Firma de Técnico

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 30/01/2026
Nombre: Recursos Humanos
Usuario: [illegible] **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: _____ **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

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

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

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

Mantenimiento Preventivo	**Fecha de Ingreso**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**
		30	01	2026	
	1. Rellenado de lista				
	2.				
	3. Mantenimiento				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma del Usuario

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
RECURSOS HUMANOS
SERVICIO REGIONAL DE SALUD

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 10 / 02 / 26

Nombre: Geral Gomez

Usuario: Lic Hipolito Taveras · **Nomenciatura de Equipo:** _____

Departamento: TB **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☒ Impresora

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

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

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

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

Firma de Técnico

Lic Taveras · TB

Firma del Usuario

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

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: 26/01/2026
Nombre: Laboratorio de Sangre
Usuario: [illegible] **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: _____ **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

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

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

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones					
Mantenimiento Preventivo	**Fecha de Ingreso**	**Día** 26	**Mes** 01	**Año** 2026	**Hora**
	1.				
	2. Mantenimiento				
	3.				
	4. Restauración del Sistema				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
BANCO DE SANGRE

Firma de Técnico

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 30/01/2026

Nombre: _____

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

Departamento: _____ **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio

☐ Laptop

☑ Impresora

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

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones					
Mantenimiento Preventivo	**Fecha de Ingreso**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**
		30	01	2026	
	1. Mantenimiento				
	2.				
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

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

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 30 / 05 / 2024

Nombre: Franklin

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

Departamento: Nutrición Clínica **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio

☐ Laptop

☐ Impresora

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

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

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

Firma de Técnico

Firma del Usuario

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO TECNOLOGIA SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 30/01/2026 Nutrición Clínica

Nombre: _____ **Nomenclatura de Equipo:** _____

Usuario: _____ **Extensión:** _____

Departamento: _____

Tipo de Equipo:

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

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

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones					
Mantenimiento Preventivo	**Fecha de Ingreso**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**
	1. Restablecimiento de la Red	30	01	2026	
	2.				
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

Firma del Usuario

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSÉ MARÍA CABRAL Y BÁEZ
TECNOLOGÍA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 30 / 01 / 2026 **Recursos Humanos**
Nombre: Frankie Felix **Nomenclatura de Equipo:** _____
Usuario: _____ **Extensión:** _____
Departamento: _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☐ Impresora

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

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

Mantenimiento Preventivo	**Fecha de Ingreso**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**
		30	01	2026	
	1.				
	2. Mantenimiento				
	3.				
	4. Restablecimiento del Sistema				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
RECURSOS HUMANOS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma del Usuario

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 17/02/26

Nombre: Gerald Gomez

Usuario: Dra. M. Perez Fermin **Nomenciatura de Equipo:** _____

Departamento: post Quirurgico **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☑ Impresora

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

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

Mantenimiento Preventivo	**Fecha de Ingreso**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**
	1.				
	2.				
	3. Mantenimiento del impresora				
	4.				
	5. epson L3250				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSÉ MARÍA CABRAL Y BÁEZ MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Gerald Gomez
Firma de Técnico

Dra. Perez
Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 06/03/26
Nombre: Gerald Gomez
Usuario: Zoraya Peña **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: acceso a la info **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.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGÍA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma de Técnico

Zoraya Peña
Firma del Usuario

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 15/02/2026
Nombre: Banco de Sangre
Usuario: Frantz Feliz **Nomenciatura 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**
		15	02	2026	
	1.				
	2. Instalación de impresora				
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma de Técnico

Firma del Usuario

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

SEGUIMIENTO MENSUAL A PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO HOSPITAL REGIONAL Y UNIVERSITARIO JAIME MOT

(Fecha: 30- MARZO-2026.)

Instalación / Maquinaria	Elementos del Equipo a realizar Mantenimiento.	Descripción Actividad a Realizar	Mantenimiento Prevent. o Correct.	Periodicidad para Revisión	Último Mantenimiento	Próximo Mantenimiento	Mes de Ejecución del Mantenimiento												Observaciones
							Ene	Feb	Mar	Abr	May	JUN	JUL	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	
Computadora de Escritorio	1. Parte interna del CPU. 2. Monitor. 3. Teclado. 4. Mouse	Limpieza de componentes con aire comprimido	preventivo y correctivo	MENSUAL	30/03/2026	30/04/2026													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	30/03/2026	30/04/2026													anexo informe y formularios demantenimientos
ASCENSOR IMCALIFT-CELSUS EASY P15 (1125KG) 2 S/O (DOBLE ENTRADA	EXTERNO	ASCENSORES	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	MENSUAL	02/03/2026	02/03/2026													FACTURA AUN PENDIENTE DE SER EMITIDA
ASCENSOR IMCALIFT-CELSUS EASY P15 (1125KG) 3 S/O	EXTERNO	ASCENSORES	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	MENSUAL	02/03/2026	02/03/2026													FACTURA AUN PENDIENTE DE SER EMITIDA
UNIDAD DE HEMODIALISIS	EXTERNO	EQUIPOS DE LA UNIDAD	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	MENSUAL	30/03/2026	30/04/2026													hoja de reporte
TOMA CORRIENTE, LAMPARA, INTERUTOR	INTERNO	(SUSTITUCION DE LAS DAÑADAS Y VERIFICAR BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	TRIMESTRAL	12/03/2026	12/06/2026													QUIROFANO 2
TOMA CORRIENTE, LAMPARA, INTERUTOR	INTERNO	(SUSTITUCION DE LAS DAÑADAS Y VERIFICAR BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	TRIMESTRAL	12/03/2026	12/06/2026													QUIROFANO 3
planta electrica	INTERNO	PLANTA ELECTRICA CON MANTENIMIENTOS AL DIA	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	cuatrimestral															NO REALIZADA
AIRE MEDICO	INTERNO	AIRE MEDICO FUNCIONANDO CORRECTAMENTE	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	cuatrimestral															NO REALIZADA
LAMPARAS	INTERNO	(SUSTITUCION DE LAS DAÑADAS Y VERIFICAR BUEN FUNCIONAMIENTO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	TRIMESTRAL	17/03/2026	17/06/2026													PASILLO DEL QUIROFANO
PISO Y PINTURA	INTERNO	BUEN ESTADO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	cuatrimestral	17/03/2026	17/07/2026													PRE-PARTO
PISO Y PINTURA	INTERNO	BUEN ESTADO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	cuatrimestral	17/03/2026	17/07/2026													POST-PARTO
PISO Y PINTURA	INTERNO	BUEN ESTADO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	cuatrimestral	17/03/2026	17/07/2026													EXPULSIVO

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 17/3/2026 **Ficha No:** _____

Datos del Equipo

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

Descripción de Acciones

Inspección Física ☐
Revisión Operacional ☐
Verificación Autodiagnóstico ☐

Otras acciones:

Materiales Utilizados

PINTURA

Condición Final ✓ ☐ ✗ ☐

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

Justo Peralta

Nombre del Electromédico **Encargado de Área**

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 17/3/2026 **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 UNIVERSITARIO JAIME MOTTOLINIA SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Julio Trinidad
Nombre del Electromédico

Encargado de Área

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 17/3/2026 **Ficha No:** _____

Datos del Equipo

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

Descripción de Acciones

Inspección Física ☐
Revisión Operacional ☐
Verificación Autodiagnóstico ☐

Otras acciones:

Materiales Utilizados

PINTURA

Condición Final ✔ ☐ ✖ ☐

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

Justo Tejada

Nombre del Electromédico **Encargado de Área**

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 17/3/2026 **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 lamparas que no estaban Funcionando correctamente dejando todos funcionando y el área correctamente iluminada

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
MANTENIMIENTO
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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: 12/3/2026 **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**

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 12/3/2026 **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**

HOSPITAL
REGIONAL JAIME MOTA

PROGRAMA DE CONTROL DE INFECCIONES (PRUEBA DE AGUA)

MES Y AÑO Marzo 2026

FECHA	CLORO	DUREZA	PH	TDS	FIRMA
1/2026	5 1	0 1	6 7	0 0	Yoanna
2/2026	5 1	0 0	7 9	0 1	Yoanna
3/2026	5 1	0 2	6 8	0 2	Yoanna
4/2026	5 1	0 3	7 2	0 3	Yoanna
5/2026	5 1	0 1	6 8	0 0	Yoanna
6/2026	5 1	0 0	7 8	0 1	Yoanna
7/2026	5 1	0 1	6 7	0 0	Yoanna
8/2026	5 1	0 2	7 2	0 2	Yoanna
9/2026	5 1	0 3	6 7	0 3	Yoanna
10/2026	5 1	0 0	7 2	0 2	Yoanna
11/2026	5 1	0 1	6 7	0 1	Yoanna
12/2026	5 1	0 2	6 7	0 2	Yoanna
13/2026	5 1	0 2	6 9	0 3	YOUANNA
14/2026	5 1	0 2	6 8	0 2	YOUANNA
15/2026	5 1	0 1	6 8	0 1	YOUANNA
16/2026	5 1	0 2	6 8	0 0	YOUANNA
17/2026	5 1	0 3	6 9	0 2	YOUANNA
18/2026	5 1	0 1	6 9	0 3	YOUANNA
19/2026	5 1	0 1	6 9	0 1	YOUANNA
20/2026	5 1	0 1	6 8	0 1	YOUANNA
21/2026	5 1	0 2	6 8	0 2	YOUANNA
22/2026	5 1	0 2	6 9	0 1	YOUANNA
23/2026	5 1	0 3	7 2	0 2	YOUANNA
24/2026	5 1	0 1	6 8	0 1	YOUANNA
25/2026	5 1	0 1	7 2	0 2	YOUANNA
26/2026	5 1	0 2	6 9	0 1	YOUANNA
27/2026	5 1	0 2	6 8	0 2	YOUANNA
28/2026	5 1	0 2	7 2	0 0	YOUANNA
29/2026	5 1	0 1	6 8	0 2	YOUANNA
30/2026	5 1	0 1	7 2	0 1	YOUANNA
31/2026	5 1	0 1	6 8	0 2	YOUANNA

DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA
HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
EPIDEMIOLOGIA

REN 6

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

HOSPITAL
REGIONAL JAIME MOTA

REPORTE

Actividad	SOPORTES INCIDENCIAS TECNOLOGICAS ATENDIDAS código 3.1.5.02			
Departamento	TECNOLOGIA			
Responsible	GERALD DE JESUS GOMEZ			
Fecha	30/03/2026	LUGAR	HOSPITAL JAIME MOTA	
Introducción	Reporte sobre los mantenimientos y soportes realizados en el mes de MARZO 2026 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 16 reportes de incidencias tecnológicas atendidas y debidamente reportadas este mes de febrero, las mismas están divididas en 15 reportes individuales por incidencias reportadas. Estas incidencias las podemos dividir en las siguientes según el incidente reportado: 1- Mantenimiento de impresoras 09 2- Mantenimiento de pc 04 3- Instalación de UPS 01 4- Cambio de impresora 01 5- Reconfiguración de teléfono 01			
Conclusions	Cada una de estas 16 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

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 20 / 3 / 26

Nombre: Farmacia Franklyn Ramirez

Usuario: Jonathan Ramirez **Nomenclatura de Equipo:**

Departamento: Farmacia **Extensión:**

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☑ Impresora

Configuración de Hardware			
CPU		**Monitor**	
Marca		**Marca**	
Modelo		**Modelo**	
Serio o Service Tag	Epson	**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. limpieza de cabezales
4.
5.
6.

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

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD
TECNOLOGÍA

Firma de Técnico

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 23/03/26
Nombre: Glad Gomez
Usuario: Dourism **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Consultas **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.				
	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 INFORMÁTI
DTI-FO-011– Versión:
Fecha de aprobación: 26/4/2

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 27/03/26
Nombre: Gerald Jones
Usuario: Lenin **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Pos-Quirurgico **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☐ Impresora

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

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

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

HOSPITAL SERVICIO NACIONAL DE SALUD TECNOLOGIA

Firma de Técnico

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: 25/03/26
Nombre: ~~Geidy Gomez~~
Usuario: Leidy Ramirez **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Facturacion **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. Reconfiguración de Telefono				
	3.				
	4. Configuración de Impresora				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO TECNOLOGÍA SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma de Técnico

Juan Alexander
Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 27/03/2026
Nombre: Sala de Parto
Usuario: Franklin Feliz **Nomenciatura 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** 03	**Año** 2026	**Hora**
	1.				
	2. Mantenimiento				
	3.				
	4. Rellenado de tinta				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

Firma del Usuario

HOSPITAL NACIONAL MATERNIDAD Obstetricia EN

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 27 /03 /2026
Nombre: Franklin Ignacio Tacho Tacho
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**
		27	03	2026	
	1.				
	2. Mantenimiento				
	3.				
	4. Rellenado de tinta				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA EN Facturación

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 27/05/2026
Nombre: Franklin Felix Rosario
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**
		27	05	2026	
	1.				
	2.				
	3. Mantenimiento				
	4.				
	5. Reinstalacion				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

Jesenia E. Lozada.
Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 26/03/2026
Nombre: Facturacion
Usuario: Frankelin Feliz **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: _____ **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

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

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

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

Mantenimiento Preventivo	**Fecha de Ingreso**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**
		26	03	2026	
	1. Mantenimiento				
	2.				
	3.				
	4. Configuracion IP				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

Firma del Usuario

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
FACTURACION
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 06/03/2026
Nombre: Hemodialisis
Usuario: Franklin Feliz **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: _____ **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

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

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

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

Mantenimiento Preventivo	**Fecha de Ingreso**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**
	1.	06	03	2026	
	2. Instalacion de CPU				
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA SERVICIO NACIONAL DE SALUD HEMODIALISIS

Firma de Técnico

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 26/05/2026
Nombre: Trabajo Social
Usuario: [illegible] **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: _____ **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

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

Configuración de Hardware

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

Configuración de Software

Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

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

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 25 / 04 / 2025
Nombre: Laboratorio
Usuario: Frankie Feliz **Nomenciatura de Equipo:** _____
Departamento: _____ **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☐ Impresora

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

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

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

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME

Angela Bato
Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 9/3/2026
Nombre: Edgard Gomez
Usuario: Ana Madeline Ruiz **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. Reset Caja de Mantenimiento				
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL MATERNO INFANTIL Obstetricia EN

Edgard Gomez
Firma de Técnico

Ana Madeline Ruiz
Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 15/05/2026
Nombre: Sonografia #1
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**
		15	05	2026	
	1.				
	2. Cambio de Transductor				
	3. Correcto				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
IMAGENES
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 13/03/2026
Nombre: Sonografia #1
Usuario: [illegible] **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: _____ **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☐ Impresora

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

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

Mantenimiento Preventivo	**Fecha de Ingreso**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**
		13	03	2026	
	1.				
	2. Instalación de OPS				
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSÉ MARÍA CABRAL Y BÁEZ
IMAGENES
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informaticos

Fecha: 13/03/2026
Nombre: Consultor
Usuario: [illegible] **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: _____ **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☐ Impresora

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

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

Mantenimiento Preventivo	**Fecha de Ingreso**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**
		13	03	2026	
	1. Rellenado de tinta				
	2.				
	3.				
	4. Mantenimiento				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL ALTAGRACIA DE JIMANI
Atención al Usuario
EN

Firma del Usuario