NS
ICIO NACIONAL
ALUD

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

MATRIZ PARA EL SEGUIMIENTO MENSUAL A PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO.

(Fecha: 19-junio-2026.)

aquinaria Equipo	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	
resora epson	Externo	rellenado de tinta limpieza de almohadilla mantenimiento interno del sistema	preventivo y correctivo	mensual	6/28/2026	7/28/2026	x	x	x	x	x	x							
esora epson	Externo	rellenado de tinta limpieza de almohadilla mantenimiento interno del sistema	preventivo y correctivo	mensual	6/29/2026	7/29/2026	x	x	x	x	x	x							
sora epson	Externo	rellenado de tinta limpieza de almohadilla mantenimiento interno del sistema	preventivo y correctivo	mensual	6/26/2026	7/26/2026	x	x	x	x	x	x							
resora epson	Externo	Restablecimiento y mantenimiento	preventivo y correctivo	mensual	6/15/2026	7/15/2026	x	x	x	x	x	x							
resora epson	Externo	mantenimiento de la impresora	preventivo y correctivo	mensual	6/15/2026	7/15/2026	x	x	x	x	x	x							
esora epson	Externo	rellenado de tinta	preventivo y correctivo	mensual	6/26/2026	7/26/2026	x	x	x	x	x	x							
esora epson	Externo	mantenimiento interno del sistema limpieza de almohadilla limpieza de almohadilla	preventivo y correctivo	mensual	6/27/2026	7/27/2026	x	x	x	x	x	x							

HOSPITAL
REGIONAL JAIME MOTA

REPORTE

Actividad	Soporte Incidencias Tecnológicas atendidas Código: 3.1.5.02		
Departamento	**Tecnología**		
Responsible	**Gerald de Jesús Gómez**		
Fecha	30/06/2026	**LUGAR**	Hospital Jaime Mota
Introducción	Reporte sobre los mantenimientos y soportes realizados en este trimestre en el centro por el equipo de tecnología a los equipos de tecnología a los equipos informáticos de la diferente área de nuestro centro de salud.		
Metodología	Revisión de soportes de incidencias atendidas		
Descripcion	Tenemos un total de 25 reportes de incidencias tecnológicas atendidas y debidamente reportadas en este trimestre, estas están dividas por. • 2 establecimientos de sistema de arranque. • 3 cambio de mouse • 1 cambio de teclado • 1 restablecimiento de caja de mantenimiento Epson L-6270 • 2 configuración de teléfono • 16 mantenimiento de impresora y rellenado de tinta		
Conclusión	Cada uno de estos 25 reporte fue atendido y dejando en funcionamiento los equipos intervenidos y cambiados los que fueron retirados de funcionamiento.		
Recomendaciones	Continuar dando mantenimiento con la periodicidad recomendada por las técnicas como hasta ahora, para mantener el sistema siempre trabajando en las mejores condiciones. Anexo formularios de mantenimientos 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

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informaticos

Fecha: 26/06/2026
Nombre: Estacion
Usuario: Recepcion
Nomenclatura de Equipo:
Departamento: Post
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			

Configuracion de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones					
Mantenimiento Preventivo	**Fecha de Ingreso**	**Día** 26	**Mes** 06	**Año** 2026	**Hora**
	1. Mantenimiento				
	2.				
	3. Rellenado				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 2/10/2025
Nombre: Franklin Fermin Contreras
Usuario: Franklin Fermin **Nomenclatura de Equipo:**
Departamento: Emergencia **Extensión:**

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☑ Impresora

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

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

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

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 17/06/26

Nombre: Josué Gomez

Usuario: Elsa J. **Nomenclatura de Equipo:** _____

Departamento: Sub-Dirección de Tra **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**

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 12/06/2026
Nombre: [illegible] Perinola
Usuario: [illegible] **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Tecnología **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**
		12	06	2026	
	1. Establecer Sistema de				
	2. Mantenimiento				
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

[illegible]
Firma de Técnico

[illegible]
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: 03/06/26
Nombre: Genesis Gomez
Usuario: Erisonny Figueroa **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Emergencia **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☐ Impresora

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

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

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

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Genesis Gomez
Firma de Técnico

Erisonny Figueroa
Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 15/06/26
Nombre: Gerald Gomez
Usuario: INT: Marial. Y Yoanna **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Urologia **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. Y Configuración de Word				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Gerald Gomez
Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

INT: María Luisa S
Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 27/03/2026
Nombre: Administracion
Usuario: [illegible] **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Emergencia **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☒ Impresora

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

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

Mantenimiento Preventivo	**Fecha de Ingreso**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**
		27	03	2026	
	1. Mantenimiento				
	2.				
	3.				
	4. Rellenado de tinta				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

HOSPITAL REGIONAL DR. ORLANDO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma de Técnico

Firma del Usuario

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 06/06/2026
Nombre: Sara Graliant #2
Usuario: Dra. Felix Sarantes **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	06	2026	

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

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

Firma de Técnico

Dra. Felix Sarantes
Firma del Usuario

DIRECTOR HOSPITAL DOCTOR JAIME MOTA
IMAGENES

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 15/06/26
Nombre: Brenel Gomez
Usuario: Martinez **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Mesa Consejera **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☑ Impresora

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

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones					
Mantenimiento Preventivo	**Fecha de Ingreso**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**
	1.				
	2. Mantenimiento de la impresora				
	3.				
	4. L 6270				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Brenel Gomez
Firma de Técnico

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

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA – ENTREGADO

Firma del Usuario

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 15/06/26
Nombre: Yenny gomez
Usuario: Yenny **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Pre 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. Restablecimiento y mantenimiento				
	3.				
	4. de las impresoras epson L3210				
	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 INFORMÁTICO
DTI-FO-011– Versión: (
Fecha de aprobación: 26/4/20

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 26/06/2026
Nombre: Fernando Felix H Estacion
Usuario: Fernando Felix **Nomenclatura de Equipo:**
Departamento: Digitación **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**
		26	06	2026	
	1.				
	2. Mantenimiento				
	3.				
	4. Rellenado de tinta				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

Firma del Usuario

HOSPITAL JAIME MOTA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD
TECNOLOGIA

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 23/06/26
Nombre: Gerald Gomez
Usuario: Hombre **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Hombre H **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. Restablecimiento de tapa de				
	3.				
	4. Mantenimiento epson L-6270				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Gerald Gomez
Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Dra Eva Morel M. G.
Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 27/05/26
Nombre: Raquel Gomez
Usuario: Calidad **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Sandy montero **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☑ Impresora

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

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

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

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma del Usuario

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 21 / 05 / 26
Nombre: Elsa Heredia
Usuario: Asist. Director **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Compras **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☐ Impresora

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

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

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

Firma de Técnico

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

Elsa Heredia
Firma del Usuario

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 27/02/26
Nombre: Ariel Gomez
Usuario: Redaise **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.	Restablecimiento de tapa			
	3.	de mantenimiento			
	4.	epson L6270			
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO ... TECNOLOGIA

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 20/05/22
Nombre: Angel Gomez
Usuario: Materno Infantil **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Mantenimiento **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☑ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☐ Impresora

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

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

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

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma del Usuario

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 17/05/26
Nombre: Berly Matos
Usuario: farmacia **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		**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**

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Berly Matos.
Firma del Usuario

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 13/05/26
Nombre: Gregori M.
Usuario: Recursos humanos **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Recursos humanos **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.				
	3.				
	4. impresora				
	5.				
	6. cambio de tinta				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 19/05/26
Nombre: Jonatha Feliz
Usuario: Impresora 26h **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Impresora 26h **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. Cambio de tinta				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Rosa Mantei
Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 14 / 04 / 26
Nombre: Zoraya Peña
Usuario: DTI **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Emergencia **Extensión:** _____

Tipo de Equipo:

☐ Computadora de Escritorio
☐ Laptop
☑ Impresora

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

Configuración de Software	
Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

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

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Zoraya Peña
Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 06 / 4 / 26
Nombre: Elsa Heredia
Usuario: sub director **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**
		06	4	26	
	1.				
	2. mantenimiento impresora				
	3.				
	4. cambio de tinta				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma del Usuario

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 06/04/26
Nombre: Randy
Usuario: Estadística **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Estadística **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	4	26	
	1.				
	2.				
	3. mantenimiento impresora				
	4.				
	5. cambio de tinta				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 22/04/26
Nombre: Ruth Lopez
Usuario: dirección **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: 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.				
	3. Cambio de teclado				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 29/09/26
Nombre: Ana Julia
Usuario: [illegible] **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: [illegible] **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. Estable Conexión Internet				
	4.				
	5. Arranque				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

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

Firma del Usuario

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 22/04/2026
Nombre: atty sm
Usuario: emergencia **Nomenclatura de Equipo:** _____
Departamento: Interegreso **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 equipo				
	4.				
	5. cambio de bota				
	6.				
	Fecha de Salida	**Día**	**Mes**	**Año**	**Hora**

Firma de Técnico

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JAIME MOTA
TECNOLOGIA
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Firma del Usuario

SAN MIGUEL & CÍA, S.R.L.

PLANTAS ELÉCTRICAS // ASCENSORES & ESCALERAS MITSUBISHI

Factura

NCF	E450000000972
Valido Hasta	31/12/27
No. Documento	100154069
Condiciones	30 dias

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

DATOS DEL CLIENTE

Fecha	01/06/2026
Código	C06681
Nombre	HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA
RNC	430038415
Contacto	ANNY PIÑERO
Email	
Teléfono	
Dirección	AVE. CASANDRA DAMIRON #2

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANT.	PRECIO	TOTAL
S00065	MANTENIMIENTO PREVENTIVO ASCENSOR JUNIO 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: MntA8P
Fecha de firma Digital: 01-06-2026

SAN MIGUEL & CÍA, S.R.L.

PLANTAS ELÉCTRICAS // ASCENSORES & ESCALERAS MITSUBISHI

Factura

NCF	E450000000900
Valido Hasta	31/12/27
No. Documento	100152145
Condiciones	30 dias

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

DATOS DEL CLIENTE

Fecha	06/04/2026
Código	C06681
Nombre	HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA
RNC	430038415
Contacto	ANNY PIÑERO
Email	
Teléfono	
Dirección	AVE. CASANDRA DAMIRON #2

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANT.	PRECIO	TOTAL
S00065	MANTENIMIENTO PREVENTIVO ASCENSOR ABRIL 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: Xgm3BL
Fecha de firma Digital: 06-04-2026

SAN MIGUEL & CÍA, S.R.L.

PLANTAS ELÉCTRICAS // ASCENSORES & ESCALERAS MITSUBISHI

Factura

NCF	E450000000936
Valido Hasta	31/12/27
No. Documento	100153118
Condiciones	30 dias

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

DATOS DEL CLIENTE

Fecha	05/05/2026
Código	C06681
Nombre	HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA
RNC	430038415
Contacto	ANNY PIÑERO
Email	
Teléfono	
Dirección	AVE. CASANDRA DAMIRON #2

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANT.	PRECIO	TOTAL
S00065	MANTENIMIENTO PREVENTIVO ASCENSOR MAYO 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: RUMtgm
Fecha de firma Digital: 05-05-2026

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 18/4/2026 **Ficha No:** Ref SRSEN-440 03219

Datos del Equipo

Nombre: Electro CHWORTH Garden CITY HERS SG6 1AQ
Marca: _____ **Modelo:** _____
Serie: SRSEN-440-03219
Ubicación: Salud mental **Inventario No.** _____
Periodo: 4M ☐ 6M ☑ 12M ☐ **Otro:** _____
Notas:

Descripción de Acciones

Inspección Física	☑
Revisión Operacional	☑
Verificación Autodiagnóstico	☑

Otras acciones:

Aprobada su funcionalidad

Materiales Utilizados

algunos adecivos

Condición Final ✓ ☑ × ☑

operativo
Perfectamente

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA
ELECTROMEDICINA
EN

Jesus Ilan
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: 6/6/2026 **Ficha No:**

Datos del Equipo

Nombre: 2-Aspirador Digital
Marca: Tenko medical **Modelo:** TK-1602
Serie:
Ubicación: Maternidad **Inventario No.**
Periodo: 4M ☐ 6M ☑ 12M ☐ **Otro:**
Notas: Estaba fuera de función por falta de algunos materiales gastable

Descripción de Acciones

Inspección Física ☑
Revisión Operacional ☑
Verificación Autodiagnóstico ☑

Otras acciones:

Destapado para los fines de corrección de fuga

Materiales Utilizados

mangueras y omorris

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA
ELECTROMEDICINA
EN

Condición Final ✓ ☑ × ☑

Operativo

Jeanris A Cruz
Nombre del Electromédico

Luz Arvelo Peña
Encargado de Área

SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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

Fecha: 2/6/2026 **Ficha No:** SDSEN-440-03326

Datos del Equipo

Nombre: Tomógrafo
Marca: PHILIPS **Modelo:** MX16-SLICE
Serie:
Ubicación: Tomografía **Inventario No.**
Periodo: 4M ☐ 6M ☑ 12M ☐ **Otro:**
Notas: Sistema operativo funcionando (Sin UPS)

Descripción de Acciones

Inspección Física ☑
Revisión Operacional ☑
Verificación Autodiagnóstico ☑

Otras acciones:

Por motivo de buen funcionamiento se le realizo una limpieza

Materiales Utilizados

químicos contra exudo
bormas ext

Condición Final ✓ ☑ ✗ ☐

operativo

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA
ELECTROMEDICINA
EN

HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA
H
Tomografía
EN

Jeanmis A Cm
Nombre del Electromédico

Encargado de Área