

3/3/2023

René Vega



Formulario Inspección de Infraestructura Física
DADM-FO-008 Versión: 02
Fecha de aprobación: 17/01/2019

| | | | |
|---------------------|--------------------|-----------------------------|------------------------|
| Lugar de destino: | CALVENTI | Fecha de visita: | 3/3/2023 |
| Personal visitante: | <i>[Signature]</i> | Propósito de la asignación: | Revisión de estructura |

| De la estructura: | | | | |
|-------------------|---|------------------|-------------------|---------------|
| No. | Detalles | Cumple/No cumple | Observación | Área Evaluada |
| 1 | Filtraciones | | | |
| 2 | Estabilidad de la edificación, revisión de vigas, columnas, terminaciones | C | | todos |
| 3 | Terminación de paredes, Pañete | C | | |
| 4 | Presencia de insectos en edificación | NC | | |
| 5 | Terminación de Techos | C | | |
| 6 | Terminación de Baños, verificación de mezcladoras, colocación de revestimiento, instalación de barandas de acero inoxidable | C | | |
| 7 | Revisión de cuarto eléctrico, terminación a los paneles de alimentación eléctrica | C | | |
| 8 | Funcionamiento planta eléctrica | C | | |
| 9 | Funcionamiento de UPS | C | | |
| 10 | Terminación general de piso | C | FALTAN POR IN LAB | |
| 11 | Espacio que cumpla con la estandarización requerida según tipo de área, Emergencias, Quirófanos, esterilización, Hospitalización, entre otras | C | | |
| 12 | Señalización institucional | C | | |
| 13 | Señalización Ruta de evacuación | C | | |
| 14 | Accesibilidad a Personas Discapacitadas | C | | |
| 15 | Disponibilidad de Parqueos | C | FALTAN | |
| 16 | Aspectos que Puedan Generar Posibles Inundaciones | C | | |
| 17 | Revisión de Líquidos en Equipos de Aires Acondicionados | C | | |
| 18 | Revisión de Sistema de Cámaras | | | |
| 19 | Revisión de Sistema Contra Incendio | NC | | |
| 20 | Terminación de Muebles Preinstalados en Melamina | NC | | |
| 21 | Terminación de Aceras, Contenes, Asfalto, entre otros | C | | |
| 22 | Revisión de Instalación de Ventanas, Puertas, entre otros | C | | |
| 23 | Revisión de Aplicación de Aséptico | C | | |
| 24 | Revisión Funcionamiento de Paneles LEDS e Iluminación General | C | | |
| 25 | Revisión de Funcionamiento Tomacorrientes y UPS | C | | |
| 26 | Revisión de Dimensiones de las Áreas donde se Instalan los Equipos Médicos | C | | |
| 27 | Revisión de Preinstalación de Equipos Médicos | C | | |
| 28 | Revisión de Salida de Gases | C | | |
| 29 | Revisión de Caseta de Gases | C | | |
| 30 | Revisión de Data | C | | |
| 31 | Condiciones Salas de Espera | C | | |
| 32 | Condiciones Baños | C | | |
| 33 | Limpieza Continua | C | | |
| 34 | Áreas Exteriores | C | | |



SERVICIO REGIONAL DE SALUD
METROPOLITANO

DIVISION DE CENTROS HOSPITALARIO

MATRIZ LEVANTAMIENTO DE NECESIDADES DE INFRAESTRUCTURA.

NOMBRE DEL HOSPITAL:

FECHA:

3/3/2023

| No. | AREA | TIPO DE NECESIDAD | OBSERVACION : COLOCAR AQUÍ LA PLANIFICACION PARA LAS MEJORAS |
|-----|---------------------------|---------------------------|--|
| 1 | BIOCURVA | AMPLIACION | CONSTRUIR NUEVA AREA |
| 2 | BOND GRAFT | AMPLIACION | CONSTRUIR NUEVA AREA |
| 3 | CONSULTA EXTERNA | CON FALTAS CONSULTAS | CONSTRUIR 15 MAS |
| 4 | MANEJO ENFERMIEROS | FALTA DE HABER | CONSTRUIR UN GRUPO PARA |
| 5 | AMBAEN | FALTA TALENTO | CONSTRUIR UN TALENTO |
| 6 | ADMINISTRATIVO | FALTA DE OFICINAS | CONSTRUIR 15 OFICINAS |
| 7 | | | |
| 8 | PASAJERO | FALTA PASAJERO | CONSTRUIR 150 PASAJERO |
| 9 | INTERMEDIAS | FALTA SALA DE INTERMEDIAS | CONSTRUIR CONSULTAS |
| 10 | | | |
| 11 | FALTA DE AREA DE DESPACHO | PANAL PARA SUFICIENTE | CONSTRUIR DE CONSULTAS |
| 12 | | | |
| 13 | FARMACIA | AMPLIAR FARMACIA | CONSTRUIR DE CONSULTAS |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |

NOTA: COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS Y SI REQUIERE AGREGAR FILAS PUEDEN HACERLO, ESCRIBIR EN MAYUSCULA.

Domini Ugo



SERVICIO REGIONAL DE SALUD
METROPOLITANO

DIVISION DE CENTROS HOSPITALARIO

MATRIZ LEVANTAMIENTO DE NECESIDADES DE EQUIPOS.

3/13/2023

NOMBRE DEL HOSPITAL:

FECHA:

| No. | AREA | TIPO DE EQUIPO | CANTIDAD | OBSERVACION : COLOCAR AQUÍ LA PLANIFICACION PARA LAS MEJORAS |
|-----|-------------------|---------------------|----------|--|
| 1 | Uei | ASPIRADORA PORTATIL | 9 | COMPRAS |
| 2 | Emergen | ASPIRADORA | 2 | COMPRAS |
| 3 | QUIROFANO CIRUJIA | ASPIRADORA | 6 | '' |
| 4 | QUIROFANO MATERN | ASPIRADORA | 6 | '' |
| 5 | Emergen | Resonador | 4 | COMPRAS |
| 6 | MORFEO | BUENA P. cedera | 3 | COMPRAS |
| 7 | MATERNIDAD | PALLIDA' | 2 | COMPRAS |
| 8 | ACOMODOS | ACUSON | 4 | COMPRAS |
| 9 | DEHICIOS | ACUSON | 8 | COMPRAS |
| 10 | PLANT | UN. Saneamiento | 1.5 mesa | COMPRAS |
| 11 | OFICINA | SILLA, OPERATORIO | mesas | '' |
| 12 | CONSULTA | BITEN, APERTURA | mesas | '' |
| 13 | INTENSIVAS | CAMAS | 50 | '' |
| 14 | CAMILLON | CAMAS DE TENDON | 30 | '' |
| 15 | CAMILLON | RUEDA | 40 | '' |
| 16 | Adm | RUEDA | 1 | '' |
| 17 | | RUEDA | 18 | '' |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |

NOTA: COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS Y SI REQUIERE AGREGAR FILAS PUEDEN HACERLO, ESCRIBIR EN MAYUSCULA

Renovos de equipo

Fecha: 3 / 3 / 2023

Informaciones Generales

Establecimiento de Salud: HOSPITAL CALVENTI

Servicio Regional de Salud: -

Provincia: STO DOMINGO

Nombre Enc. De Mantenimiento: LOIS ALCANTARA

Teléfono: 809-828-5812

| | Bueno | Regular | Malo | N/A |
|---|-------|---------|------|-----|
| 01. Accesibilidad a personas discapacitadas | X | | | |
| 02. Accesibilidad ambulancia área emergencia | X | | | |
| 03. Condición aceras perimetrales | X | | | |
| 04. Condición almacén de alimentos | X | | | |
| 05. Condición áreas asépticas | X | | | |
| 06. Condición revestimiento fachada | X | | | |
| 07. Condición de baños | X | | | |
| 08. Existencia búmpers y esquineros | X | | | |
| 09. Condición de cisterna | X | | | |
| 10. Condición caseta de desechos | X | | | |
| 11. Condición caseta de planta eléctrica | X | | | |
| 12. Cocina: Limpieza, Olor y Condición | X | | | |
| 13. Condición de pisos | X | | | |
| 14. Control de plagas y animales | | X | | |
| 15. Condiciones de aires acondicionados | | X | | |
| 16. Disposición de desechos/mobiliario inservible | X | | | |
| 17. Disposición y estado de zafacones | X | | | |
| 18. Disposición del cableado eléctrico | X | | | |
| 19. Canalización aguas pluviales | X | | | |
| 20. Canalización aguas residuales | X | | | |
| 21. Condición de mobiliarios | | X | | |
| 22. Condición área de parqueos | X | | | |
| 23. Condición de las ventanas | X | | | |
| 24. Condición de puertas y llavines | X | | | |
| 25. Condición área esterilización | | X | | |

| | Bueno | Regular | Malo | N/A |
|---|-------|---------|------|-----|
| 26. Condición protección hierro, puertas y ventanas | X | | | |
| 27. Iluminación exterior | X | | | |
| 28. Iluminación interior | X | | | |
| 29. Iluminación acceso a emergencia | X | | | |
| 30. Condición y limpieza área lavandería | X | | | |
| 31. Condición letreros identificativos/informativos | X | | | |
| 32. Limpieza en techos | X | | | |
| 33. Limpieza área exterior en general | X | | | |
| 34. Limpieza área interior en general | X | | | |
| 35. Condición de áreas verdes | X | | | |
| 36. Condición y limpieza área morgue | X | | | |
| 37. Existencia olores desagradables en el ambiente | X | | | |
| 38. Condición de pintura exterior | X | | | |
| 39. Condición de pintura interior | X | | | |
| 40. Condición de sistema contra incendios | X | | | |
| 41. Ruta de evacuación | X | | | |
| 42. Ruta para desechos | | | X | |
| 43. Rutas de acceso | X | | | |
| 44. Suministro de agua en general | X | | | |
| 45. Condición de verja perimetral | X | | | |
| 46. Filtraciones | X | | | |
| 47. Condición de plafón en general | X | | | |

| Resultados | |
|---------------|--|
| Total bueno | |
| Total regular | |
| Total malo | |

Firma Supervisor: [Signature]

Rennis Jago



SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Formulario de Registro de Revisión Diaria Quirófanos, UCI, Áreas Neonatales

DADM-FO-029 Versión: 01
Fecha de aprobación: 03/03/2020

Responsable del llenado de la Ficha:

Reneis Lopez

Institución Receptora:

H. CALDONTI

Correo Electrónico:

Reneis1123@hotmail.com

Teléfono:

809-888-5812

Fecha:

21/2/2023

| Equipos | Verificación Diaria | Verificación Semanal | Verificación Mensual | Verificación Trimestral | Verificación Semestral | Verificación Anual |
|------------------------------------|---------------------|----------------------|----------------------|-------------------------|------------------------|--------------------|
| Máquinas Anestesia | | | | | | |
| Desfibrilador | | <i>✓</i> | | | | |
| Mesa Quirúrgica | | <i>✓</i> | | | | |
| Lámpara Quirúrgica | | <i>✓</i> | | | | |
| Autoclave | | <i>✓</i> | | | | |
| Electrocardiógrafo | | <i>✓</i> | | | | |
| Aspirador Quirúrgico | | <i>✓</i> | | | | |
| Ventiladores | | <i>✓</i> | | | | |
| Monitores | | | | | | |
| Idoneidades y Revisiones Generales | | <i>✓</i> | | | | |
| Filtros Acondicionado o Re- | | | | | | |
| Cambio Filtros Hepa | | | | <i>✓</i> | | |
| Limpeza y Desinfección de Ductos | | | <i>✓</i> | | | |
| Piso Aseptico | | | <i>✓</i> | | | |
| Revisión UPS | | | | | | |
| Revisión Paneles Aislamiento | | | | | | |
| Gases Medicinales | | <i>✓</i> | | | | |
| Controles Acceso | | | <i>✓</i> | | | |
| Calidad del Agua | | <i>✓</i> | | | | |

Nota: método de verificación será mediante informe con imágenes fotográficas de tener contratados debe presentar contratos, antes y después de lo ejecutado según la periodicidad.

Observaciones:

Reneis Lopez

Nombre y Firma



Fecha: 3 / 3 / 2023

Establecimiento: CALUENTI

Equipo: MOBILIARIO

Ficha: 2/3/2023

| ÍTEM | VERIFICAR | PARÁMETRO | SEMANAS | | | |
|---|------------------------|--|----------------------------|----------|----------|----------|
| | | | Semana 1 | Semana 2 | Semana 3 | Semana 4 |
| 1 | PISOS | 1. En buen estado, sin salientes o obstáculos, limpios y sin puntos de tropezón | C | C | C | C |
| | | 2. Se mantienen los pasillos peatonales libres de obstáculos y limpios. | C | C | C | C |
| 2 | EQUIPOS DE EMERGENCIA | 1. Extintores del área en un lugar adecuado, de fácil acceso y con su inspección al día. | C | C | C | C |
| | | 2. Puertas/salidas de emergencias sin obstáculos e identificada. | C | C | C | C |
| | | 3. Esta identificada la ruta de escape ante una emergencia. | C | C | C | C |
| | | 4. Los colaboradores conocen la ubicación de su punto de encuentro (preguntar en el área). | NC | NC | NC | NC |
| 3 | ESCALERAS | 1. Las escaleras de acceso al área de oficina debe de estar provistas de una huella y contrahuella, libres de obstáculos y sin puntos de tropezón. | C | C | C | C |
| | | 2. Escalera de acceso a oficina debe de estar libre de grasa, obstáculos, con cinta anti resbalante | C | C | C | C |
| 4 | ESCRITORIOS Y ARMARIOS | 1. El peso de la estantería se encuentra repartido de manera uniforme. | C | C | C | C |
| | | 2. La estantería que supera los 1.8m de altura se encuentra fija. | C | C | C | C |
| | | 3. Escritorios y mesas en buen estado, sin filos cortantes y estables. | C | C | C | C |
| | | 4. Están provistos los cajones de escritorios y armarios de topes que impidan su salida accidental. | C | C | C | C |
| | | 5. Están las sillas de trabajo en buen estado y constan de apoyabrazos. | C | C | C | C |
| 1. Si existe una condición fuera de conformidad, corregir inmediatamente. | | | FIRMA DEL INSPECTOR | | | |
| EN LAS INSPECCIONES MARQUE: | | | | | | |
| C-CONFORME | | | | | | |
| NC-NO CONFORME | | | | | | |

FALTAN MUCHOS SILLAS SECRETARIATS
+ ejecutivas



SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Plantilla de Verificación de Gases Médicos

DADM-FO-017 Versión: 01
Fecha de aprobación: 14/03/2019

3/13/2022

Fecha Realización: 3/13/2022

Tiempo de Ejecución: Februero

| Rutina De Mantenimiento Preventivo Planificado | 1 | 2 | 3 | Observaciones |
|---|---|---|---|--------------------------------|
| Inspeccionar las condiciones ambientales en las que se encuentra el equipo. | / | / | / | |
| Efectuar limpieza integral externa del equipo. | / | / | / | ESTO Se Realiza DIARIAMENTE |
| Inspeccionar externamente el equipo. | / | / | / | |
| Inspeccionar ElectrodoS pH, PO, PCO, cambiar membranas e instalar en la recamara. | / | / | / | |
| Verificar los dispositivos de control, indicadores y presentadores. | / | / | / | |
| Verificar el valor de la temperatura de la recamara. | / | / | / | |
| Verificar el sistema de alarma. | / | / | / | |
| Realizar ciclos de modelos de operaciones. | / | / | / | |

Firma del Técnico: Rene Rivera

| Lugar de destino: | CALUMTI | Fecha de visita: | 27/2/2023 |
|----------------------------|------------|------------------------------------|--------------------------|
| Personal visitante: | Rivera | Propósito de la asignación: | Supervisión |
| Área | Mobiliario | Cumple/No cumple | Condición del mobiliario |

| | | | |
|-------------------------------|----------------------|----|--|
| Imágenes | Sillas secretariales | MC | |
| | Escritorios | C | |
| | Bancadas | MC | |
| Esterilización | Sillas secretariales | MC | |
| | | | |
| Internamiento | Mesas de Comer | C | |
| | Sillon Acompañante | C | |
| | Mesa de Noche | C | |
| Laboratorio | Sillas secretariales | MC | |
| | Escritorios | C | |
| | Bancadas | C | |
| Neonatología, UCIN | Sillas secretariales | MC | |
| | Escritorios | C | |
| | Bancadas | C | |
| Quirófanos/ Partos | Bancadas | C | |
| | Sillas secretariales | MC | |
| | Bancadas | C | |
| Emergencia | Sillas secretariales | MC | |
| | Escritorios | C | |
| Unidad de Cuidados Intensivos | Sillas secretariales | MC | |
| | | | |
| Odontología | Sillas secretariales | MC | |
| | | | |
| Cocina | Sillas | C | |
| | Mesas | C | |
| Consultorios | Sillas secretariales | MC | |
| | Escritorios | C | |
| | Bancadas | C | |

CALVENTI

Fecha: / /

Establecimiento: *HOSPITAL*

Equipo: _____

Ficha: *05/04/23*

| ÍTEM | VERIFICAR | PARÁMETRO | SEMANAS | | | |
|---|------------------------|--|----------------------------|-----------|-----------|-----------|
| | | | Semana 1 | Semana 2 | Semana 3 | Semana 4 |
| 1 | PISOS | 1. En buen estado, sin salientes o obstáculos, limpios y sin puntos de tropezón | <i>C</i> | <i>C</i> | <i>C</i> | <i>C</i> |
| | | 2. Se mantienen los pasillos peatonales libres de obstáculos y limpios. | <i>C</i> | <i>C</i> | <i>C</i> | <i>C</i> |
| 2 | EQUIPOS DE EMERGENCIA | 1. Extintores del área en un lugar adecuado, de fácil acceso y con su inspección al día. | <i>C</i> | <i>C</i> | <i>C</i> | <i>C</i> |
| | | 2. Puertas/salidas de emergencias sin obstáculos e identificada. | <i>C</i> | <i>C</i> | <i>C</i> | <i>C</i> |
| | | 3. Esta identificada la ruta de escape ante una emergencia. | | | | |
| | | 4. Los colaboradores conocen la ubicación de su punto de encuentro (preguntar en el área). | <i>NC</i> | <i>NC</i> | <i>NC</i> | <i>NC</i> |
| 3 | ESCALERAS | 1. Las escaleras de acceso al área de oficina debe de estar provistas de una huella y contrahuella, libres de obstáculos y sin puntos de tropezón. | <i>C</i> | <i>C</i> | <i>C</i> | <i>C</i> |
| | | 2. Escalera de acceso a oficina debe de estar libre de grasa, obstáculos, con cinta anti resbalante | <i>C</i> | <i>C</i> | <i>C</i> | <i>C</i> |
| 4 | ESCRITORIOS Y ARMARIOS | 1. El peso de la estantería se encuentra repartido de manera uniforme. | <i>C</i> | <i>C</i> | <i>C</i> | <i>C</i> |
| | | 2. La estantería que supera los 1.8m de altura se encuentra fija. | <i>C</i> | <i>C</i> | <i>C</i> | <i>C</i> |
| | | 3. Escritorios y mesas en buen estado, sin filos cortantes y estables. | <i>C</i> | <i>C</i> | <i>C</i> | <i>C</i> |
| | | 4. Están provistos los cajones de escritorios y armarios de topes que impidan su salida accidental. | <i>C</i> | <i>C</i> | <i>C</i> | <i>C</i> |
| | | 5. Están las sillas de trabajo en buen estado y constan de apoyabrazos. | <i>C</i> | <i>C</i> | <i>C</i> | <i>C</i> |
| 1. Si existe una condición fuera de conformidad, corregir inmediatamente. | | | FIRMA DEL INSPECTOR | | | |
| EN LAS INSPECCIONES MARQUE: C-CONFORME NC-NO CONFORME | | | <i>Renu</i> | | | |

Hay que cambiar muchos cables que están en malas condiciones

Renu



| | |
|---------------------|-----------------------------|
| Lugar de destino: | Fecha de visita: 05/04/23 |
| Personal visitante: | Propósito de la asignación: |

De la estructura:

| No. | Detalles | Cumple/No cumple | Observación | Área Evaluada |
|-----|---|------------------|--|-------------------|
| 1 | Filtraciones | | | |
| 2 | Estabilidad de la edificación, revisión de vigas, columnas, terminaciones | C | | TODOS EL EDIFICIO |
| 3 | Terminación de paredes, Pañete | C | | |
| 4 | Presencia de insectos en edificación | C | HAY FULMISAR MAS FRECUENTES cada 15 días | |
| 5 | Terminación de Techos | | | |
| 6 | Terminación de Baños, verificación de mezcladoras, colocación de revestimiento, instalación de barandas de acero inoxidable | C | FALTA P/PAÑETE | |
| 7 | Revisión de cuarto eléctrico, terminación a los paneles de alimentación eléctrica | C | | |
| 8 | Funcionamiento planta eléctrica | C | | |
| 9 | Funcionamiento de UPS | C | | |
| 10 | Terminación general de piso | | | |
| 11 | Espacio que cumpla con la estandarización requerida según tipo de área, Emergencias, Quirófanos, esterilización, Hospitalización, entre otras | C | | |
| 12 | Señalización institucional | C | | |
| 13 | Accesibilidad a Personas Discapacitadas | C | | |
| 14 | Disponibilidad de Parques | C | FALTA Parque 150 Parques m ² | |
| 15 | Aspectos que Puedan Generar Posibles Inundaciones | C | | |
| 16 | Revisión de Liqueos en Equipos de Aires Acondicionados | C | FALTA TECNICO capacitados | |
| 17 | Revisión de Sistema de Cámaras | | | |
| 18 | Revisión de Sistema Contra Incendio | C | | |
| 19 | Terminación de Muebles Preinstalados en Melamina | C | | |
| 20 | Terminación de Aceras, Contenes, Asfalto, entre otros | C | | |
| 21 | Revisión de Instalación de Ventanas, Puertas, entre otros | C | | |
| 22 | Revisión de Aplicación de Aséptico | C | | |
| 23 | Revisión Funcionamiento de Paneles LEDS e Iluminación General | C | | |
| 24 | Revisión de Funcionamiento Tomacorrientes y UPS | C | | |
| 25 | Revisión de Dimensiones de las Áreas donde se Instalan los Equipos Médicos | C | | |
| 26 | Revisión de Preinstalación de Equipos Médicos | C | | |
| 27 | Revisión de Salida de Gases | C | | |
| 28 | Revisión de Caseta de Gases | C | | |
| 29 | Revisión de Data | C | | |
| 30 | Condiciones Salas de Espera | C | | |
| 31 | Condiciones Baños | C | | |
| 32 | Limpieza Continua | C | | |
| 33 | Áreas Exteriores | C | | |

Renius Vegoso

05/04/23



Fecha: 5 / 14 / 23

Informaciones Generales

Establecimiento de Salud: HOSPITAL UNICIDAD CALVENTI

Servicio Regional de Salud: _____ Provincia: _____

Nombre Enc. De Mantenimiento: LUIS ALBERTO ALCONTRA Teléfono: _____

| | Bueno | Regular | Malo | N/A |
|---|-------|---------|------|-----|
| 01. Accesibilidad a personas discapacitadas | ✓ | | | |
| 02. Accesibilidad ambulancia área emergencia | ✓ | | | |
| 03. Condición aceras perimetrales | ✓ | | | |
| 04. Condición almacén de alimentos | ✓ | | | |
| 05. Condición áreas asépticas | ✓ | | | |
| 06. Condición revestimiento fachada | ✓ | | | |
| 07. Condición de baños | ✓ | | | |
| 08. Existencia búmpers y esquineros | ✓ | | | |
| 09. Condición de cisterna | ✓ | | | |
| 10. Condición caseta de desechos | ✓ | | | |
| 11. Condición caseta de planta eléctrica | ✓ | | | |
| 12. Cocina: Limpieza, Olor y Condición | ✓ | | | |
| 13. Condición de pisos | ✓ | | | |
| 14. Control de plagas y animales | | ✓ | | |
| 15. Condiciones de aires acondicionados | | ✓ | | |
| 16. Disposición de desechos/mobiliario inservible | ✓ | ✓ | | |
| 17. Disposición y estado de zafacones | ✓ | | | |
| 18. Disposición del cableado eléctrico | ✓ | | | |
| 19. Canalización aguas pluviales | ✓ | | | |
| 20. Canalización aguas residuales | ✓ | | | |
| 21. Condición de mobiliarios | | ✓ | | |
| 22. Condición área de parqueos | ✓ | | | |
| 23. Condición de las ventanas | ✓ | | | |
| 24. Condición de puertas y llavines | ✓ | | | |
| 25. Condición área esterilización | | ✓ | | |

| | Bueno | Regular | Malo | N/A |
|---|-------|---------|------|-----|
| 26. Condición protección hierro, puertas y ventanas | ✓ | | | |
| 27. Iluminación exterior | ✓ | | | |
| 28. Iluminación interior | | ✓ | | |
| 29. Iluminación acceso a emergencia | ✓ | | | |
| 30. Condición y limpieza área lavandería | ✓ | | | |
| 31. Condición letreros identificativos/informativos | ✓ | | | |
| 32. Limpieza en techos | ✓ | | | |
| 33. Limpieza área exterior en general | ✓ | | | |
| 34. Limpieza área interior en general | ✓ | | | |
| 35. Condición de áreas verdes | ✓ | | | |
| 36. Condición y limpieza área morgue | ✓ | | | |
| 37. Existencia olores desagradables en el ambiente | ✓ | | | |
| 38. Condición de pintura exterior | ✓ | | | |
| 39. Condición de pintura interior | ✓ | | | |
| 40. Condición de sistema contra incendios | | | ✓ | |
| 41. Ruta de evacuación | ✓ | | | |
| 42. Ruta para desechos | ✓ | ✓ | | |
| 43. Rutas de acceso | ✓ | | | |
| 44. Suministro de agua en general | ✓ | | | |
| 45. Condición de verja perimetral | ✓ | | | |
| 46. Filtraciones | ✓ | | | |
| 47. Condición de plafón en general | ✓ | | | |

| Resultados | |
|---------------|--|
| Total bueno | |
| Total regular | |
| Total malo | |

Firma Supervisor: Rene...



| | | | |
|---------------------|---------------|-----------------------------|--------------------------|
| Lugar de destino: | H. CALVENTA | Fecha de visita: | 5/4/23 |
| Personal visitante: | LOS OFICIALES | Propósito de la asignación: | INSPECCION DE MOBILIARIO |

| Área | Mobiliario | Cumple/No cumple | Condición del mobiliario |
|------|------------|------------------|--------------------------|
|------|------------|------------------|--------------------------|

| | | | |
|-------------------------------|----------------------|----|-----------------|
| Imágenes | Sillas secretariales | NC | ESTADO CAMBIADO |
| | Escritorios | C | |
| | Bancadas | C | |
| Esterilización | Sillas secretariales | NC | |
| | | NC | |
| Internamiento | Mesas de Comer | C | |
| | Sillon Acompañante | NC | |
| | Mesa de Noche | C | |
| Laboratorio | Sillas secretariales | NC | |
| | Escritorios | C | |
| | Bancadas | C | |
| Neonatología, UCIN | Sillas secretariales | C | |
| | Escritorios | C | |
| | Bancadas | C | |
| Quirófanos/ Partos | Bancadas | C | |
| | Sillas secretariales | C | |
| | Bancadas | C | |
| Emergencia | Sillas secretariales | NC | |
| | Escritorios | | |
| Unidad de Cuidados Intensivos | Sillas secretariales | C | |
| Odontología | Sillas secretariales | | |
| Cocina | Sillas | NC | |
| | Mesas | C | |
| Consultorios | Sillas secretariales | C | |
| | Escritorios | C | |
| | Bancadas | C | |

5/04/23

Reneas Jeger





SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Plan de Mantenimiento Preventivo

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

Fecha: 5/4/23

Ficha No: 5/4/23

Datos del Equipo

Nombre: PLANTA ELECTRICA

Marca: KUMMIN Modelo: _____

Serie: _____

Ubicación: Edificio electrico Inventario No. _____

Periodo: 4M 6M 12M Otro: _____

Notas: EL EQUIPO esta para mantenimiento
Para el mes 6 JUNIO

Descripción de Acciones

Inspección Física

Revisión Operacional

Verificación Autodiagnóstico

Otras acciones:

Materiales Utilizados

ACEITE, FILTRO, REFRIGERAN, CORREA
e Lamentas de FILTRO, FILTRO de AIRE,
FILTRO de ACEITE, FILTRO de GASOL

Condición Final

planta electrica
Nombre del Electromédico

Renees Veyes
Encargado de Área



Renees Veyes



SERVICIO REGIONAL DE SALUD
METROPOLITANO

DIVISION DE CENTROS HOSPITALARIO

MATRIZ LEVANTAMIENTO DE NECESIDADES DE INFRAESTRUCTURA.

NOMBRE DEL HOSPITAL:

HOSPITAL VINCIO CALVENTI

FECHA:

OBSERVACION : COLOCAR AQUÍ LA PLANIFICACION PARA LAS MEJORAS

| No. | AREA | TIPO DE NECESIDAD | OBSERVACION : COLOCAR AQUÍ LA PLANIFICACION PARA LAS MEJORAS |
|-----|----------------|----------------------|--|
| 1 | CONSULTA | CONSULTORIO 15 | CONSTRUIR |
| 2 | PASADIS | ENTRADA PASADIS 15-0 | |
| 3 | OPICINA | OPICINA 15-0 | |
| 4 | PSICOLOGIA | OPICINA | |
| 5 | LABORATORIO | LABORATORIO 13 | |
| 6 | FARMACIA | OPICINA | |
| 7 | OPICINA | OPICINA | |
| 8 | | | |
| 9 | MANUTENCION | | |
| 10 | LAVANDERIA | CONSTRUIR TALLER | |
| 11 | | CONSTRUIR BARRIO | |
| 12 | ESTERILIZACION | RECONSTRUIR BARRIO | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |

NOTA: COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS Y SI REQUIERE AGREGAR FILAS PUEDEN HACERLO, ESCRIBIR EN MAYUSCULA.

Remanir Vega

5/11/2023





SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Planilla de Verificación de Gases Médicos

DADM-FO-017 Versión: 01
Fecha de aprobación: 14/03/2019

Fecha Realización:

5/4/2019

Tiempo de Ejecución:

70 de mas

**Rutina De Mantenimiento Preventivo
Planificado**

| | 1 | 2 | 3 | Observaciones |
|--|---|---|---|--------------------------|
| Inspeccionar las condiciones ambientales en las que se encuentra el equipo. | ✓ | ✓ | ✓ | buena condiciones |
| Efectuar limpieza integral externa del equipo. | ✓ | ✓ | ✓ | Se realizo limpieza |
| Inspeccionar externamente el equipo. | ✓ | ✓ | ✓ | Se realizo mantenimiento |
| Inspeccionar Electroodos pH, PO, PCO, cambiar membranas e instalar en la recamara. | ✓ | ✓ | ✓ | |
| Verificar los dispositivos de control, indicadores y presentadores. | ✓ | ✓ | ✓ | Se realizo limpieza |
| Verificar el valor de la temperatura de la recamara. | ✓ | ✓ | ✓ | Se realizo |
| Verificar el sistema de alarma. | ✓ | ✓ | ✓ | Se realizo limpieza |
| Realizar ciclos de modelos de operaciones. | ✓ | ✓ | ✓ | |

Firma del Técnico:

Benito Lopez





SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD



Formulario de Registro de Revisión Diaria Quirófanos, UCI, Áreas Neonatales

DADM-PO-029 Versión: 01

Fecha de aprobación: 03/03/2020

Fecha: 5/4/23

Responsable del llenado de la Ficha:

Correo Electrónico:

Ronny Lopez
Ronny1122@HOTmail.com

Institución Receptora:

H.U. CALLENTE
809-828-5812

| Equipos | Verificación Diaria | Verificación Semanal | Verificación Mensual | Verificación Trimestral | Verificación Semestral | Verificación Anual |
|----------------------------------|---------------------|----------------------|----------------------|-------------------------|------------------------|--------------------|
| Maguinas Anestesia | | | | | | |
| Destribrador | | | ✓ | | | |
| Mesa Quirúrgica | | | ✓ | ✓ | | |
| Lampara Ciehlitica | | | ✓ | ✓ | | |
| Autoclave | | ✓ | | | | |
| Electrocardiógrafo | | | ✓ | ✓ | | |
| Aspirador Quirúrgico | | | ✓ | ✓ | | |
| Ventiladores | | | ✓ | ✓ | | |
| Monitores | | | ✓ | ✓ | | |
| Idoneidad y Revisiones Generales | ✓ | ✓ | | | | |
| Altes Acondicionado o Re- | | | ✓ | | | |
| Cambio Filtros Hepa | | | ✓ | | | |
| Limpeza y Desinfección de Ductos | | | ✓ | | | |
| Piso Aseptico | ✓ | | | | | |
| Revisión UPS | | | ✓ | | | |
| Revisión Paneles Kislamiento | | | ✓ | | | |
| Gases Medicinales | ✓ | | | | | |
| Controles Acceso | | ✓ | | | | |
| Calidad del Agua | ✓ | | | | | |

Nota: método de verificación será mediante informe con imágenes fotográficas de tener contratos debe presentar contratos, antes y después de lo ejecutado según la periodicidad.

Observaciones:

Nombre y Firma

Ronny Lopez



HOSPITAL - DIMIEN CALVENTI

Formulario Inspección Diaria de Planta de Emergencia

DADM-FO-027 Versión: 01

Fecha de aprobación: 28/11/2016

FECHA

ITEM

PROBLEMA

SOLUCION

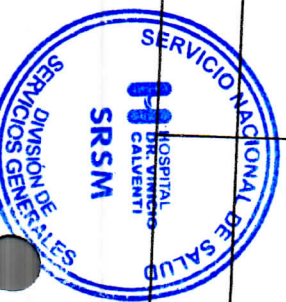
RESPONSABLE

CONCLUSION

5/4/20

Reparación y prueba en funcionamiento de los
 Planos electricos por km que se encuentran
 recibidos por Becken, baterías y mandos
 de alarmas, los que se encuentran al momento

Remos Jasso





SERVICIO REGIONAL DE SALUD
METROPOLITANO

DIVISION DE CENTROS HOSPITALARIO

5/14/2023

MATRIZ LEVANTAMIENTO DE NECESIDADES DE EQUIPOS.

NOMBRE DEL HOSPITAL:

FECHA:

OBSERVACION : COLOCAR AQUÍ LA PLANIFICACION PARA LAS MEJORAS

| No. | AREA | TIPO DE EQUIPO | CANTIDAD | OBSERVACION |
|-----|---------------|-----------------|----------|-----------------------|
| 1 | MANTENIMIENTO | VEHICULOS | 7 | comprar los vehiculos |
| 2 | TRATAMIENTO | Ambulancias | 2 | comprar |
| 3 | MANTENIMIENTO | PELLER | 2 | comprar |
| 4 | Emergencia | PEPINDONES | 12 | |
| 5 | Uci | ASPIRADORES | 2 | |
| 6 | MANTENIMIENTO | COMAS | 45 | |
| 7 | MANTENIMIENTO | SILLAS PARA CA | comprars | A comprar |
| 8 | SIT Dbanzido | SILLA de RUEDO | 25 | |
| 9 | | | | |
| 10 | Emergencia | CAMILLA de TRIN | parte | 12 |
| 11 | CONSULTA | BANQUETA | 100 | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |

NOTA: COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS Y SI REQUIERE AGREGAR FILAS PUEDEN HACERLO, ESCRIBIR EN MAYUSCULA

Penina U...
SERVICIO NACIONAL DE SALUD
DR. VINICIO CALVENTI
SERVICIO REGIONAL DE SALUD METROPOLITANO



SERVICIO REGIONAL DE SALUD
METROPOLITANO

DIVISION DE CENTROS HOSPITALARIO

MATRIZ LEVANTAMIENTO DE NECESIDADES DE INFRAESTRUCTURA.

9/15/2023
HOSPITAL
CALVERTIN

| NOMBRE DEL HOSPITAL: | | FECHA: | |
|----------------------|-----------------|-------------------------------|--|
| No. | AREA | TIPO DE NECESIDAD | OBSERVACION : COLOCAR AQUÍ LA PLANIFICACION PARA LAS MEJORAS |
| 1 | Paseo | Parque Paseo | CONSTRUIR 200 PASO |
| 2 | Blascan | Ampliacion del area | CONSTRUIR AREA NUEVA |
| 3 | Parque | Ampliar area | CONSTRUIR AREA NUEVA |
| 4 | Parque | Ampliar area | CONSTRUIR AREA NUEVA |
| 5 | CONSULTA | Ampliar area | CONSTRUIR 20 CONSULTORIOS MAS |
| 6 | INTERNAS | Ampliar area | CONSTRUIR 100 CAMAS MAS |
| 7 | | | |
| 8 | MANUTENIMIENTOS | CONSTRUIR TUBERIA | |
| 9 | Administración | CONSTRUIR 20 OFICINAS | |
| 10 | Comedor | CONSTRUIR 4 Salones de clases | |
| 11 | | | |
| 12 | Superficie | Ampliar la emergencia | |
| 13 | Recepción | Ampliar la emergencia | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |

NOTA: COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS Y SI REQUIERE AGREGAR FILAS PUEDEN HACERLO, ESCRIBIR EN MAYUSCULA.

Parque y 10000 m² de area



SERVICIO REGIONAL DE SALUD
METROPOLITANO

DIVISION DE CENTROS HOSPITALARIO

MATRIZ LEVANTAMIENTO DE NECESIDADES DE EQUIPOS.

02/15/2003

NOMBRE DEL HOSPITAL:

FECHA:

OBSERVACION : COLOCAR AQUI LA PLANIFICACION PARA LAS MEJORAS

| No. | AREA | TIPO DE EQUIPO | CANTIDAD | OBSERVACION |
|-----|-------------------------|-------------------------|----------|-------------|
| 1 | MANTENIMIENTO | DOS PELILLAS | 2 | |
| 2 | TRANSPLANTACION | BETHICULOS | 8 | |
| 3 | UCI | ASPIRADORES PORTATIL | 12 | |
| 4 | Emergencias | ASPIRADORES | 12 | |
| 5 | QUIROFANOS | ASPIRADORES | 10 | |
| 6 | Limpieza | MASQUITA PARA LIMPIAR | 4 | |
| 7 | PR | RESONADOR | 1 | |
| 8 | Imágenes | EQUIPO DE DENSITOMETRIA | 1 | |
| 9 | Tratamiento de la piel | BIPEL ALONDRADO | 36 | |
| 10 | LABOR | MEJORA PARA CUBIERTA | 6 BANCOS | |
| 11 | ACCESORIOS | A CENSORES | 3 | |
| 12 | UN MONITOR CASERO | | 2 | |
| 13 | CAMBIO DE | VISITANCIA | 50 | |
| 14 | Area Administrativa | Verdadero | 20 | |
| 15 | CERRIL PARA CARTON YESO | | 3 | |
| 16 | SILLA DE RUEDA | SECO | 30 | |
| 17 | FARMACIA | CARRUAJE CASERO | 14 | |
| 18 | EMERGENCIAS | CARRUAJE TRANSPLANT | 10 | |
| 19 | INTENSIVOS | CAMBIO | 50 | |
| 20 | INTENSIVOS | | 150 | |

NOTA: COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS Y SI REQUIERE AGREGAR FILAS PUEDEN HACERLO, ESCRIBIR EN MAYUSCULA

Renata Jagozo



SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Formulario de Registro de Revisión Diaria Quirófanos, UCI, Áreas Neonatales

DADM-FO-029 Versión: 01

Fecha de aprobación: 03/03/2030

Fecha: 25/2023

Responsable del llenado de la Ficha: Renny Vega

Institución Receptora: H. CALUENTI

Correo Electrónico: Renny1122@HOTMAIL.COM

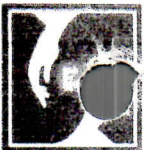
Teléfono: 809-828-5812

| Equipos | Verificación Diaria | Verificación Semanal | Verificación Mensual | Verificación Trimestral | Verificación Semestral | Verificación Anual |
|-----------------------------------|---------------------|----------------------|----------------------|-------------------------|------------------------|--------------------|
| Maquinas Anestesia | | | | | | |
| Desfibrilador | | | ✓ | | | |
| Mesa Quirúrgica | | | ✓ | | | |
| Lampara Cirúrgica | | | ✓ | | | |
| Antoclave | ✓ | | | | | |
| Electrocardiógrafo | | | ✓ | | | |
| Aspirador Quirúrgico | | | ✓ | | | |
| Ventiladores | | | | ✓ | | |
| Monitores | | | | ✓ | | |
| Limpiezas y Revisiones Generales | ✓ | | ✓ | | | |
| Álteres Acondicionado o Re- | | | ✓ | | | |
| Cambio Filtros Hepa | | | ✓ | | | |
| Limpieza y Desinfección de Ductos | | | ✓ | | | |
| Piso Aséptico | | | | ✓ | | |
| Revisión UPS | | | | ✓ | | |
| Revisión Paneles Aislamiento | | | | ✓ | | |
| Gases Medicinales | ✓ | | | | | |
| Controles Acceso | ✓ | | | | | |
| Calidad del Agua | ✓ | | | | | |

Nota: método de verificación será mediante informe con imágenes fotográficas de tener contratos debe presentar contratos, antes y después de lo ejecutado según la periodicidad.

Observaciones:

Renny Vega
Nombre y Firma



SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Control de Fumigación
DLC-FO-019- Versión: 01
Fecha de aprobación: 26/07/2021

Informaciones Generales

Nombre del establecimiento de salud:

Fecha: 28-5-23

Regional de salud:

Provincia:

Área perteneciente:

Mantenimiento

| Plaga a combatir | Fecha de fumigación | | Producto a utilizar | Responsable |
|--|---------------------|----------|---------------------------|----------------|
| | Actual | Próxima | | |
| Mirca Cucaracha | 10-01-23 | 30-01-23 | Herida, Quat-Ge y Genox | Jacinto Tejeda |
| Mirga | 30-01-23 | 05-02-23 | Herida, quat-Ge y Genox | Eduardo Vargas |
| Moscos, Cucarachas, Mosquitos y Roedores | 03-02-23 | 10-02-23 | Genox y Herida-Quat-Ge | Jacinto Tejeda |
| Moscos, Roedores | 23-02-23 | 17-03-23 | Herida, Quat-Ge y Genox | Jacinto Tejeda |
| Moscos, Mosquitos, Roedores | 17-03-23 | 31-03-23 | Genox y Herida-Ge y Genox | Jacinto Tejeda |
| Roedores e insectos | 31-03-23 | 22-04-23 | Herida, Quat-Ge y Genox | Eduardo Vargas |
| Insectos y Roedores | 22-04-23 | 05-05-23 | Genox y Herida-Quat-Ge | Jacinto Tejeda |
| Insectos y Roedores | 05-05-23 | 30-05-23 | Genox y Herida-Quat-Ge | Jacinto Tejeda |

Método utilizado:

Raticida sólido

Terno nebulización

Gasificación

Aspersión

Otros

Observaciones:





SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

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

Fecha:

21/5/2023

Ficha No:

215/2023

Datos del Equipo

Nombre:

maquina de anestecias

Marca:

Modelo:

Serie:

Ubicación:

QUIROTECA

Inventario No.

6 MASUNA

Periodo:

4M

6M

12M

Otro:

Notas:

Descripción de Acciones

Inspección Física

Revisión Operacional

Verificación Autodiagnóstico

Otras acciones:

Materiales Utilizados

Condición Final

✓

×

Mo Hdt

Nombre del Electromédico

[Signature]

Encargado de Área

Fecha: 2 / 5 / 2023

Informaciones Generales

Establecimiento de Salud: HOSPITAL CALVENTI

Servicio Regional de Salud: _____ Provincia: STO DOMINGO

Nombre Enc. De Mantenimiento: LUIS ALCANTARA Teléfono: 803-828-5813

| | Bueno | Regular | Malo | N/A |
|---|-------|---------|------|-----|
| 01. Accesibilidad a personas discapacitadas | | | | |
| 02. Accesibilidad ambulancia área emergencia | ✓ | | | |
| 03. Condición aceras perimetrales | ✓ | | | |
| 04. Condición almacén de alimentos | ✓ | | | |
| 05. Condición áreas asépticas | ✓ | | | |
| 06. Condición revestimiento fachada | ✓ | | | |
| 07. Condición de baños | ✓ | | | |
| 08. Existencia bñmpers y esquineros | ✓ | | | |
| 09. Condición de cisterna | ✓ | | | |
| 10. Condición caseta de desechos | ✓ | | | |
| 11. Condición caseta de planta eléctrica | ✓ | | | |
| 12. Cocina: Limpieza, Olor y Condición | ✓ | | | |
| 13. Condición de pisos | ✓ | | | |
| 14. Control de plagas y animales | ✓ | | | |
| 15. Condiciones de aires acondicionados | ✓ | | | |
| 16. Disposición de desechos/mobiliario inservible | ✓ | | ✓ | |
| 17. Disposición y estado de zafacones | ✓ | | | |
| 18. Disposición del cableado eléctrico | ✓ | | | |
| 19. Canalización aguas pluviales | ✓ | | | |
| 20. Canalización aguas residuales | ✓ | | | |
| 21. Condición de mobiliarios | ✓ | | | |
| 22. Condición área de parqueos | ✓ | | | |
| 23. Condición de las ventanas | ✓ | | | |
| 24. Condición de puertas y llavines | ✓ | | | |
| 25. Condición área esterilización | ✓ | | | |

| | Bueno | Regular | Malo | N/A |
|---|-------|---------|------|-----|
| 26. Condición protección hierro, puertas y ventanas | ✓ | | | |
| 27. Iluminación exterior | ✓ | | | |
| 28. Iluminación interior | ✓ | | | |
| 29. Iluminación acceso a emergencia | ✓ | | | |
| 30. Condición y limpieza área lavandería | ✓ | | | |
| 31. Condición letreros identificativos/informativos | ✓ | | | |
| 32. Limpieza en techos | ✓ | | | |
| 33. Limpieza área exterior en general | ✓ | | | |
| 34. Limpieza área interior en general | ✓ | | | |
| 35. Condición de áreas verdes | ✓ | | | |
| 36. Condición y limpieza área morgue | ✓ | | | |
| 37. Existencia olores desagradables en el ambiente | ✓ | | | |
| 38. Condición de pintura exterior | ✓ | | | |
| 39. Condición de pintura interior | ✓ | | | |
| 40. Condición de sistema contra incendios | | | | ✓ |
| 41. Ruta de evacuación | ✓ | | | |
| 42. Ruta para desechos | | ✓ | | |
| 43. Rutas de acceso | ✓ | | | |
| 44. Suministro de agua en general | ✓ | | | |
| 45. Condición de verja perimetral | ✓ | | | |
| 46. Filtraciones | ✓ | | | |
| 47. Condición de plafón en general | ✓ | | | |

| Resultados | |
|---------------|--|
| Total bueno | |
| Total regular | |
| Total malo | |

Firma Supervisor: Reneys Jerez

| | |
|----------------------------------|---|
| Lugar de destino: SALVATI | Fecha de visita: 04/05/23 |
| Personal visitante: | Propósito de la asignación: INSPECCION |

| De la estructura: | | | | |
|-------------------|---|------------------|-----------------------|---------------|
| No. | Detalles | Cumple/No cumple | Observación | Área Evaluada |
| 1 | Filtraciones | C | | |
| 2 | Estabilidad de la edificación, revisión de vigas, columnas, terminaciones | C | | |
| 3 | Terminación de paredes, Pañete | C | | |
| 4 | Presencia de insectos en edificación | C | HAY MOSQUITO | |
| 5 | Terminación de Techos | C | | |
| 6 | Terminación de Baños, verificación de mezcladoras, colocación de revestimiento, instalación de barandas de acero inoxidable | C | | |
| 7 | Revisión de cuarto eléctrico, terminación a los paneles de alimentación eléctrica | C | FALTAN UPS | |
| 8 | Funcionamiento planta eléctrica | C | FALTAN UPS | |
| 9 | Funcionamiento de UPS | C | FALTAN UPS | |
| 10 | Terminación general de piso | C | | |
| 11 | Espacio que cumpla con la estandarización requerida según tipo de área, Emergencias, Quirófanos, esterilización, Hospitalización, entre otras | C | | |
| 12 | Señalización institucional | C | | |
| 13 | Señalización Ruta de evacuación | C | | |
| 14 | Accesibilidad a Personas Discapacitadas | C | | |
| 15 | Disponibilidad de Parqueos | C | FALTAN PARQUEO | |
| 16 | Aspectos que Puedan Generar Posibles Inundaciones | C | | |
| 17 | Revisión de Liqueos en Equipos de Aires Acondicionados | NC | | |
| 18 | Revisión de Sistema de Cámaras | NC | | |
| 19 | Revisión de Sistema Contra Incendio | NO HAY | | |
| 20 | Terminación de Muebles Preinstalados en Melanina | C | | |
| 21 | Terminación de Aceras, Contenedores, Asfalto, entre otros | C | | |
| 22 | Revisión de Instalación de Ventanas, Puertas, entre otros | C | | |
| 23 | Revisión de Aplicación de Aséptico | C | | |
| 24 | Revisión Funcionamiento de Paneles LEDES e Iluminación General | C | FALTA LAMPARA | |
| 25 | Revisión de Funcionamiento Tomacorrientes y UPS | C | FALTAN UPS | |
| 26 | Revisión de Dimensiones de las Áreas donde se Instalan los Equipos Médicos | C | | |
| 27 | Revisión de Preinstalación de Equipos Médicos | C | | |
| 28 | Revisión de Salida de Gases | C | | |
| 29 | Revisión de Caseta de Gases | C | | |
| 30 | Revisión de Data | C | | |
| 31 | Condiciones Salas de Espera | MÉDICO | | |
| 32 | Condiciones Baños | MÉDICO | | |
| 33 | Limpieza Continua | MÉDICO | | |
| 34 | Áreas Exteriores | MÉDICO | | |

Rendices Jago

| | | | |
|----------------------------|------------|------------------------------------|--------------------------|
| Lugar de destino: | CALUCUTI | Fecha de visita: | 02/05/2023 |
| Personal visitante: | SUPERVISOR | Propósito de la asignación: | INSPECCION DE MOBILIARIO |

| Área | Mobiliario | Cumple/No cumple | Condición del mobiliario |
|-------------------------------|----------------------|------------------|--------------------------|
| Imágenes | Sillas secretariales | MC | |
| | Escritorios | C | |
| | Bancadas | C | |
| Esterilización | Sillas secretariales | MC | |
| | Mesas de Comer | C | |
| Internamiento | Sillon Acompañante | MC | |
| | Mesa de Noche | C | |
| Laboratorio | Sillas secretariales | MC | |
| | Escritorios | C | |
| | Bancadas | C | |
| Neonatología, UCIN | Sillas secretariales | MC | |
| | Escritorios | C | |
| | Bancadas | C | |
| Quirófanos/ Partos | Bancadas | C | |
| | Sillas secretariales | MC | |
| Emergencia | Bancadas | C | |
| | Sillas secretariales | MC | |
| Unidad de Cuidados Intensivos | Escritorios | C | |
| | Sillas secretariales | | |
| Odontología | Sillas secretariales | MC | |
| | Sillas | C | |
| Cocina | Mesas | C | |
| | Sillas secretariales | C | |
| Consultorios | Escritorios | C | |
| | Bancadas | C | |
| | Sillas secretariales | | |

02/05/23

Renover de gozo

Fecha: 2/5/2023

Establecimiento: CALUENTI

Equipo: MOBILIDAD

Ficha: 2/5/2023

| ÍTEM | VERIFICAR | PARÁMETRO | SEMANAS | | | |
|---|------------------------|--|----------------------------|----------|----------|----------|
| | | | Semana 1 | Semana 2 | Semana 3 | Semana 4 |
| 1 | PISOS | 1. En buen estado, sin salientes o obstáculos, limpios y sin puntos de tropezón | C | C | C | C |
| | | 2. Se mantienen los pasillos peatonales libres de obstáculos y limpios. | C | C | C | C |
| 2 | EQUIPOS DE EMERGENCIA | 1. Extintores del área en un lugar adecuado, de fácil acceso y con su inspección al día. | C | C | C | C |
| | | 2. Puertas/salidas de emergencias sin obstáculos e identificadas. | C | C | C | C |
| | | 3. Esta identificada la ruta de escape ante una emergencia. | C | C | C | C |
| | | 4. Los colaboradores conocen la ubicación de su punto de encuentro (preguntar en el área). | NC | NC | NC | NC |
| 3 | ESCALERAS | 1. Las escaleras de acceso al área de oficina debe de estar provistas de una huella y contrahuella, libres de obstáculos y sin puntos de tropezón. | C | C | C | C |
| | | 2. Escalera de acceso a oficina debe de estar libre de grasa, obstáculos, con cinta anti resbalante | C | C | C | C |
| 4 | ESCRITORIOS Y ARMARIOS | 1. El peso de la estantería se encuentra repartido de manera uniforme. | C | C | C | C |
| | | 2. La estantería que supera los 1.8m de altura se encuentra fija. | C | C | C | C |
| | | 3. Escritorios y mesas en buen estado, sin filos cortantes y estables. | C | C | C | C |
| | | 4. Están provistos los cajones de escritorios y armarios de topes que impidan su salida accidental. | C | C | C | C |
| | | 5. Están las sillas de trabajo en buen estado y constan de apoyabrazos. | C | C | C | C |
| 1. Si existe una condición fuera de conformidad, corregir inmediatamente. | | | FIRMA DEL INSPECTOR | | | |
| EN LAS INSPECCIONES MARQUE: | | | | | | |
| C-CONFORME | | | | | | |
| NC-NO CONFORME | | | | | | |

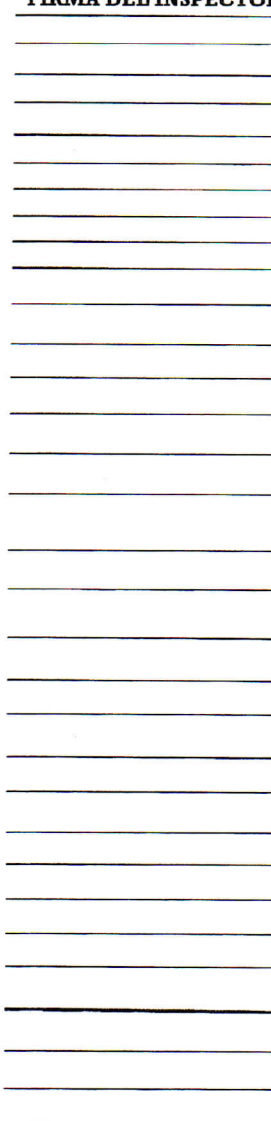
Renous Vegeso

Establecimiento: H.U.C.

Equipo: Planta de Agua

Ficha: 91519083

Mes: Abril

| ITEM | VERIFICAR | PARÁMETRO | Medidas correctivas en caso de No conformidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------------|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | DÍAS DEL MES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| 1 | Combustible y Aceite | 1. Los niveles de aceite y combustible deben estar por encima del mínimo permitido. | 1. Completar los niveles de fluidos. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 2. Las llaves de paso deben estar abiertas. | 2. Abrir llaves de paso. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 3. Chequeo de trampa de agua | 3. Reparar desvíos. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 4. Funcionamiento de la bomba | 4. Reparar desvíos. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 5. Chequeo de flota | 5. Reparar desvíos. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Alternador | 1. La correa del alternador debe estar sin alteraciones ni desgastes. | 1. Sustitución de correa. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Baterías | 1. Los terminales se ven limpios. | 1. Limpiar terminales | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 2. Nivel de agua por encima del mínimo permitido. | 2. Completar Nivel de agua | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Radiador | 1. El panel se observa limpio. | 1. Limpiar el panel. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 2. Nivel de agua por encima del mínimo permitido | 2. Completar Nivel de agua | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 3. La correa del radiador debe estar sin alteraciones ni desgastes. | 3. Sustitución de correa. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Si existe una condición que requiera mayor atención en el Mantenimiento Preventivo registrar en el documento al reverso. EN LAS INSPECCIONES MARQUE: C-CONFORME NC-NO CONFORME | | | FIRMA DEL INSPECTOR  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Renovar Jager manual



SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Planilla de Verificación de Gases Médicos

DADM-FO-017 Versión: 01
Fecha de aprobación: 14/03/2019

Fecha Realización: 21/5/2023

Tiempo de Ejecución: 01 Mes

| Rutina De Mantenimiento Preventivo Planificado | 1 | 2 | 3 | Observaciones |
|--|---|---|---|---------------|
| Inspeccionar las condiciones ambientales en las que se encuentra el equipo. | ✓ | ✓ | ✓ | |
| Efectuar limpieza integral externa del equipo. | ✓ | ✓ | ✓ | |
| Inspeccionar externamente el equipo. | ✓ | ✓ | ✓ | |
| Inspeccionar Electroodos pH, PO, PCO, cambiar membranas e instalar en la recamara. | ✓ | ✓ | ✓ | |
| Verificar los dispositivos de control, indicadores y presentadores. | ✓ | ✓ | ✓ | |
| Verificar el valor de la temperatura de la recamara. | ✓ | ✓ | ✓ | |
| Verificar el sistema de alarma. | ✓ | ✓ | ✓ | |
| Realizar ciclos de modelos de operaciones. | ✓ | ✓ | ✓ | |

Firma del Técnico: Renaís Vegozo