

**SNS**SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Formulario de Informe

DPD-FO-013

Fecha de Aprobación: 20/2/2023

FECHA: 26/03/2024**DATOS GENERALES****Lugar:** DCSNS SRS Hospital CPN ***Nombre del lugar:** HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA**Área:** TECNOLOGIA**Nombre de la Actividad:** MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LOS EQUIPOS INFORMATICOS**Código POA (si aplica):** NO APLICA**INTRODUCCIÓN**

Informe sobre los mantenimiento y soportes realizados en el mes de marzo 2024 en la por el equipo de tecnología a los equipos informáticos de las distintas áreas del hospital

OBJETIVO DEL INFORME

Verificación el área de tecnología está realizando los soportes en las áreas que lo han requerido y mantener los equipos tecnológicos funcionando activamente

METODOLOGIA (Si aplica)**DESARROLLO / HALLAZGOS**

Tenemos un total de 4 reportes de incidencias tecnológicas atendidas y debidamente reportadas este mes, las mismas están divididas en 4 reportes individuales por cada incidencia reportada.

Estas incidencias las podemos dividir en las siguientes según el incidente reportado:

- Dirección IP duplicada
- Conectividad
- Mantenimiento preventivo
- Uso Excesivo de la PC

Cada una de estas incidencias reportadas fue atendida con oportunidad.





SNS

SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Formulario de Informe

DPD-FO-013

Fecha de Aprobación: 20/2/2023

RESULTADOS / CONCLUSIONES

Cada una de estas situaciones reportadas fueron atendidas y dejado en funcionamiento los equipos intervenidos.

RECOMENDACIONES

Continuar realizando los mantenimientos con la porosidad recomendada por los técnicos como hasta ahora, para mantener el sistema siempre trabajando en las mejores condiciones

ANEXOS (Si aplica)

Formularios de mantenimiento de equipos informáticos

Instrucciones de llenado:

*Indique nombre del lugar: Este campo sólo aplica para SRS, Hospital y CPN.

Roberto E. Perdomo

Elaborado por
(Nombre y apellido)



Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 19 03 2024
 Nombre: Atención al Usuario
 Usuario: [Signature] 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
		<u>19</u>	<u>03</u>	<u>2024</u>	
	1.	<u>Direcciones IP duplicadas</u>			
	2.				
	3.				
	4.				
	5.				
6.					
	Fecha de Salida	Día	Mes	Año	Hora

[Signature]
Firma de Técnico



[Signature]
Firma del Usuario



Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 06/03/2021
 Nombre: Francisco Humbado
 Usuario: Francisco 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					
	Fecha de Ingreso		Mes	Año	Hora
	Día				
Mantenimiento Preventivo	1.	06	03	2021	
	2.	Problema de conectividad			
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida		Mes	Año	Hora
	Día				

[Handwritten Signature]



[Handwritten Signature]



Firma del Usuario



Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 11/03/24
 Nombre: Francisco Saborit
 Usuario: Francisco Saborit
 Departamento: _____ Nomenclatura de Equipo: _____
 Extensión: _____

Tipo de Equipo:

- Computadora de Escritorio
- Laptop
- Impresora

Configuración de Hardware					
CPU			Monitor		
Marca	<u>Canon</u>		Marca		
Modelo			Modelo		
Serie 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.	<u>01</u>	<u>03</u>	<u>2024</u>	
	2.	<u>Mantenimiento</u>			
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
Fecha de Salida	Día	Mes	Año	Hora	

[Firma]
Firma de Técnico



[Firma]
Firma del Usuario



Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 27/05/2021
 Nombre: Atención al Usuario
 Usuario: Franklin Feliz Nomenclatura de Equipo: _____
 Departamento: _____ Extensión: _____

Tipo de Equipo:

- Computadora de Escritorio
- Laptop
- Impresora

Configuración de Hardware					
CPU			Monitor		
Marca			Marca		
Modelo			Modelo		
Serio o Service Tag			Serial o Service Tag		
Código Activo Fijo			Código Activo Fijo		
Procesador (Velocidad Modelo/Generación)			Tamaño		
Memoria RAM					
Disco Duro (Capacidad)					
Tarjeta WIFI					
Configuración de Software					
Sistema Operativo					
Antivirus Instalado					
Paquete de Office					
Actualización					
Observaciones					
Mantenimiento Preventivo	Fecha de Ingreso	Día	Mes	Año	Hora
	1.	27	05	2021	
	2.	Cable excesivo de la CPU			
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
Fecha de Salida	Día	Mes	Año	Hora	

[Firma]
Firma de Técnico

[Firma]
Firma del Usuario



Seguimiento Mensual a Plan de Mantenimiento Preventivo y Correctivo hospital regional y universitario Jaime Mota.

(Fecha: 27-MARZO-2024)

Plan de Mantenimiento Preventivo / Correctivo

XXX-FO-XXX Versión: 01

Fecha de aprobación: 03/2021

Instalación / Abundancia	Elementos del Equipo a Realizar Mantenimiento	Descripción Actividad a Realizar	Mantenimiento Preventivo / Correctivo	Frecuencia para Revisión	Último Mantenimiento	Próximo Mantenimiento	Mes de Ejecución del Mantenimiento												Observaciones					
							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	26/3/2024	26/4/2024																		anexo informe y formularios demeritamientos
Impresora Epson	1. Parte interna del equipo. 3. Mantenimiento interno del sistema (limpieza y alineación de cabezales)	1. Reemplazo de tinta 2. Limpieza de almohadillas 3. Mantenimiento interno del sistema (limpieza y alineación de cabezales)	preventivo y correctivo	mensual	26/3/2024	26/4/2024																		anexo informe y formularios demeritamientos
ASCENSOR IMCALIFT-CELSUS EASY P15 (1125KG) 2 S/O (DOBLE ENTRADA)		ASCENSORES	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	mensual	1/3/2024	1/4/2024																		anexo factura de la empresa señalada encargada de dichos mantenimientos
ASCENSOR IMCALIFT-CELSUS EASY P15 (1125KG) 3 S/O		ASCENSORES	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	mensual	1/3/2024	1/4/2024																		anexo factura de la empresa señalada encargada de dichos mantenimientos
UNIDAD DE HEMODIALISIS		EQUIPOS DE LA UNIDAD	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	mensual	26/3/2024	26/4/2024																		certa de pago
LAMPARA TOMA CORRIENTE E INTERRUPTOR		VER ESTADO DE UTILIDAD	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	TRIMESTRAL	26/3/2024	26/6/2024																		
cambio de bandejas quimicas		ver estado de unidades y cambiar las unidades	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL																				QUIROFANO 2
LAMPARA TOMA CORRIENTE E INTERRUPTOR		VER ESTADO DE UTILIDAD	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	TRIMESTRAL	26/3/2024	26/6/2024																		no realizado
Impresas		VER ESTADO DE UTILIDAD	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	TRIMESTRAL	26/3/2024	26/6/2024																		QUIROFANO 3
piso y pintura		PINTURA Y REPARACION DE PISO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	CUATRIMESTRAL	26/3/2024	26/7/2024																		PASILLO DEL QUIROFANO
piso y pintura		PINTURA Y REPARACION DE PISO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	CUATRIMESTRAL	26/3/2024	26/7/2024																		PRE- PARTO
piso y pintura		PINTURA Y REPARACION DE PISO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	CUATRIMESTRAL	26/3/2024	26/7/2024																		POST- PARTO
jaulas y camas de hemodialisis		chequeo de funcionalidad	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	7/9/2024	7/9/2024																		ESPULTIVO
																								factura



Dr. Roberto Espinoza

CLIENTE

COMPANIA:	HOSPITAL JAIME MOTA	FACTURA NO.:	B1500000009
ATENCION:	LEYDY RAMIREZ	FECHA:	Jueves, 7 de marzo de 2024
EMAIL:	hospitaljaimegota@hotmail.com	NCF:	430038415
TEL.:	809-524-2586	DESCRIPCION DEL TRABAJO	HEMODIALISIS Y PLANTA

DETALLE

RENGLON	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO U.	TOTAL	
1.00	Contactor schinmerd instalado	1.00	15,000.00	\$15,000.00	
1.01	Swit de presion instalado	2.00	6,500.00	\$13,000.00	
1.02	Chequeo planta y transfer	1.00	20,000.00	\$20,000.00	
1.03	Cambio de monitor de fase y temporizador	2.00	4,800.00	\$9,600.00	
1.04	SUB-TOTAL			\$57,600.00	
1.05	GASTOS INDIRECTOS				
1.06	Transporte	7%	57,600.00	\$4,032.00	
1.07	Dirección técnica	10%	57,600.00	\$5,760.00	
1.08	Gastos administrativo	3%	57,600.00	\$1,728.00	
1.09	IMPUESTOS	18%	69,120.00	\$12,441.60	
1.10	TOTAL GASTOS INDIRECTOS				
				\$23,961.60	
CONDICIONE				TOTAL GENERAL	\$81,561.60
60% AVANCES Y EL 40% AL TERMINAL					

Gracias por Preferirnos!



SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Plan de Mantenimiento Preventivo

DADM-FO-020 Versión: 01

Fecha de aprobación: 04/04/2019

Fecha: 26/03/2024

Ficha No: _____

Datos del Equipo

Nombre: LAMPARA, TOMA CORRIENTE E INTERRUPTORES

Marca: _____ Modelo: _____

Serie: _____

Ubicación: QUIROFANO 2 Inventario No. _____

Periodo: 4M 6M 12M Otro: SEMESTRAL

Notas: VERIFICACION DE LA FUNCIONALIDAD DE LOS MISMOS Y CAMBIAR LOS DAÑADOS

Descripción de Acciones

Inspección Física
Revisión Operacional
Verificación Autodiagnóstico

Otras acciones:

Materiales Utilizados

TOMA CORRIENTES, LAMPARAS, INTERRUPTORES, ALAMBRES Y SINTA AISLANTE

Condición Final

LAMPARAS TOMA CORRIENTES E INTERRUPTORES DEJADO
FUNCIONANDO TODOS CORRECTAMENTE

Julian Encarnación
Nombre del Electromédico



Arnoldo Pérez Febres
Encargado de Área

Fecha: 26/03/2024

Ficha No: _____

Datos del Equipo

Nombre: PISOS Y PINTURAS

Marca: _____ Modelo: _____

Serie: _____

Ubicación: PRE-PARTO Inventario No. _____

Periodo: 4M 6M 12M Otro: SEMESTRAL

Notas:
VERIFICACION DEL ESTADO DE LOS PISOS Y LA PINTURA DEL AREA

Descripción de Acciones

Inspección Física
Revisión Operacional
Verificación Autodiagnóstico

Otras acciones:

Materiales Utilizados

OBSERACION

Condición Final

PISOS Y PINTURAS EN BUEN ESTADO SIN LEVANTAMIENTOS NI DAÑOS DE IMPORTANCIA

Juan Encarnación
Nombre del Electromédico



Licda. Samboy
Encargado de Área



SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Plan de Mantenimiento Preventivo

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

Fecha: 26/03/2024

Ficha No: _____

Datos del Equipo

Nombre: LAMPARA, TOMA CORRIENTE E INTERRUPTORES
 Marca: _____ Modelo: _____
 Serie: _____

Ubicación: QUIROFANO 3 Inventario No. _____

Periodo: 4M 6M 12M Otro: SEMESTRAL

Notas:
 VERIFICACION DE LA FUNCIONALIDAD DE LOS MISMOS Y CAMBIAR LOS DAÑADOS

Descripción de Acciones

Inspección Física
 Revisión Operacional
 Verificación Autodiagnóstico

Otras acciones:

Materiales Utilizados

TOMA CORRIENTES, LAMPARAS, INTERRUPTORES, ALAMBRES Y SINTA AISLANTE

Condición Final X

LAMPARAS TOMA CORRIENTES E INTERRUPTORES DEJADO
 FUNCIONANDO TODOS CORRECTAMENTE

Juan Encarnación
 Nombre del Electromédico



Ancelso Cruz Feltes
 Encargado de Área



SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Plan de Mantenimiento Preventivo

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

Fecha: 26/03/2024

Ficha No: _____

Datos del Equipo

Nombre: LAMPARAS

Marca: _____

Modelo: _____

Serie: _____

Ubicación: PASILLO DEL QUIROFANO

Inventario No. _____

Periodo: 4M 6M 12M Otro: SEMESTRAL

Notas:

VERIFICACION DE LA FUNCIONALIDAD DE LAS MISMAS Y CAMBIAR LAS DAÑADAS

Descripción de Acciones

Inspección Física

Revisión Operacional

Verificación Autodiagnóstico

Otras acciones:

Materiales Utilizados

LAMPARAS, ALAMBRES Y SINTA AISLANTE

Condición Final

✓ X

LAMPARAS DEJADAS FUNCIONANDO TODOS CORRECTAMENTE

Juan Encarnación
Nombre del Electromédico



Arnoldo Pérez Kelly
Encargado de Área



SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Plan de Mantenimiento Preventivo

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

Fecha: 26/03/2024

Ficha No: _____

Datos del Equipo

Nombre: PISOS Y PINTURAS

Marca: _____

Modelo: _____

Serie: _____

Ubicación: POST-PARTO

Inventario No. _____

Periodo: 4M 6M 12M Otro: SEMESTRAL

Notas:

VERIFICACION DEL ESTADO DE LOS PISOS Y LA PINTURA DEL AREA

Descripción de Acciones

Inspección Física

Revisión Operacional

Verificación Autodiagnóstico

Otras acciones:

Materiales Utilizados

OBSERVACION

Condición Final

✓ X

PISOS Y PINTURAS EN BUEN ESTADO SIN LEVANTAMIENTOS NI DAÑOS DE IMPORTANCIA

Juan Encarnación
Nombre del Electromédico



Linda Sembray
Encargado de Área



SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

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

Fecha: 26/03/2024

Ficha No: _____

Datos del Equipo

Nombre: PISOS Y PINTURAS

Marca: _____

Modelo: _____

Serie: _____

Ubicación: EXPULSIVO

Inventario No. _____

Periodo: 4M 6M 12M Otro: SEMESTRAL

Notas:

VERIFICACION DEL ESTADO DE LOS PISOS Y LA PINTURA DEL AREA

Descripción de Acciones

Inspección Física

Revisión Operacional

Verificación Autodiagnóstico

Otras acciones:

Materiales Utilizados

OBSERVACION

Condición Final

✓

PISOS Y PINTURAS EN BUEN ESTADO SIN LEVANTAMIENTOS NI DAÑOS DE IMPORTANCIA

Juan Encarnación

Nombre del Electromédico



Luda Sombay

Encargado de Área

Mantenimiento preventivo y colectivo mes de marzo 2024

Quirófano III



Quirófano II



Mantenimiento preventivo y colectivo mes de marzo 2024
Pasillo Quirófano



Pre Parto



Post Parto



26 de marzo, 2024

RRHH.No.0053/2024

Al : **Dra. María E. Batista Rivas**
Director Hospital Jaime Mota

Atención : **Lic. Javier Florián**
Enc. de Administración

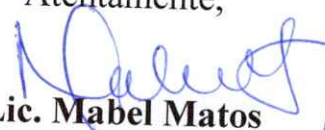
Asunto : Solicitud de pago-.

Anexo : Copia de Cédula.

Por medio de la presente, después de un cordial saludo, le estamos solicitando el pago a favor del **Sr. Yovanny Antonio Feliz Jiménez**, Cédula de Identidad y Electoral No. **018-0042973-8**, por un monto de **RDS 10,000.00** (Diez Mil Pesos con 00/100), por prestas servicio en sistema de osmosis de fin de semana y lunes de noche en hemodiálisis en este centro de salud Hospital Jaime Mota. Correspondiente al mes marzo del presente año 2024. Cuenta# 0401241253

A la espera de su acostumbrada colaboración, sin otro particular,

Atentamente,


Lic. Mabel Matos
Analista de Recursos Humanos





SAN MIGUEL & CÍA, S.R.L.

PLANTAS ELÉCTRICAS // ASCENSORES & ESCALERAS MITSUBISHI

Factura Gubernamental

NCF
Valido Hasta
No. Documento
Condiciones

B1500002533
31/12/24
1500004658
30 dias

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

DATOS DEL CLIENTE

Fecha 01/03/2024
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 MARZO 2024	1	RD\$22,000.00	RD\$22,000.00
			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

SAN MIGUEL & CÍA, S.R.L. // RNC 101520574

CALLE PEÑA BATTLE NO. 165, APARTADO POSTAL 20106 - STO. DGO., REP. DOM. TELEFONO 809-541-5000 // FAX 809-541-6833

AV. ESTRELLA SADHALÁ NO. 14 - SANTIAGO, REP. DOM. TELEFONO 809-241-5252 // FAX 809-241-5757

Impreso por SAP Business One