

SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORA MODELO CAF

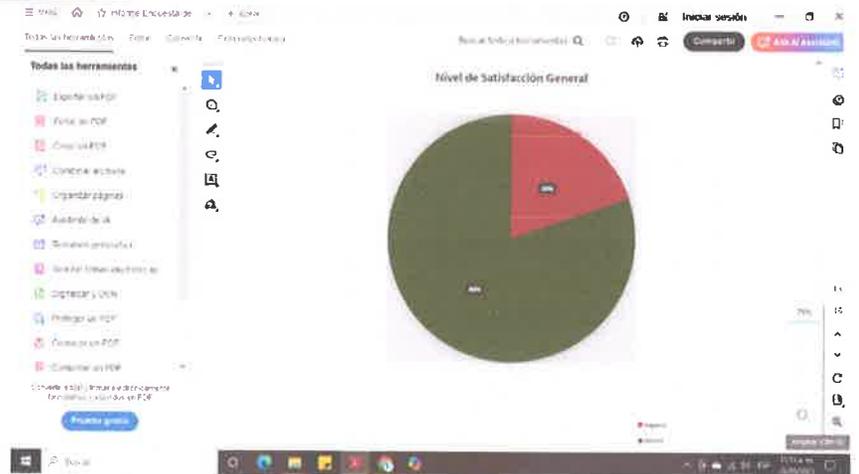
HOSPITAL REGIONAL PRESIDENTE
ESTRELLA UREÑA



Subindicador 1.1.1 Los líderes (Directivos y Supervisores) Subindicador 2.2.1 La Organización

Con la encuesta de Clima Laboral identificando un parámetro a nivel general sobre la percepción que los/la colaboradores/as tienen dentro de la institución y la institución sobre ellos. Esta sirve para medir la percepción tanto positiva, como negativa de los/las colaboradores/as en relación a las condiciones que se encuentra en la organización para desempeñar su trabajo

En la presentación de los resultados de nuestra Encuesta de Clima Laboral, se consensuo con los grupos de interés el seguimiento a nuestra Misión, Visión y nuestros Valores.



Subindicador 2.4

Gestionar el cambio y la innovación para garantizar la agilidad y la capacidad de recuperación de la organización: con los grupos de interés se realizaron reuniones con el objetivo de socializar ideas para la mejora de nuestros servicios.



Subindicador 3.2.3

Desarrollar y gestionar las competencias de las personas: como oportunidad de ampliar los conocimientos de los colaboradores, realizamos capacitaciones para que los colaboradores adquieran nuevos conocimientos, habilidades y herramientas para desempeñar mejor sus funciones.

	Informe de Avances SISMAP Salud	Documento No.: INAP-FOF-029
		Fecha de emisión: 03/07/2024
		Fecha de revisión: N/A
	Proceso: Planificación, Gestión y Ejecución de Acciones Formativas	Versión: 01

Institución: Hospital Regional Presidente Estrella Ureña **Fecha:** 08/04/2025

Responsable: Fanny Abreu **Correo Electrónico:** estrellaurenarrh@gmail.com

No.	Programa de Capacitación	Mes de Ejecución	Estatus	Observaciones
1	Inducción a la Administración Pública Nivel III	Primer trimestre		
2	RCP AVANZADO	Tercer trimestre		
3	MANEJO DE INTELENCIA EMOCIONAL	Cuarto trimestre		
4	MANEJO DE EXPEDIENTES CLINICOS	Primer trimestre	Logrado	
5	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Primer trimestre	Logrado	
6	CULTURA ORGANIZACIONAL	Segundo trimestre		
7	LIMPEIZA Y DESINFECCION DE AREAS HOSPITALARIAS	Primer trimestre		
8	PROCESO DE AUDITORIA MEDICA Y FACTURACION	Tercer trimestre		
9	BIOSEGURIDAD HOSPITALARIA	Segundo trimestre		
10	HABILIDADES DE LIDERAZGO	Tercer trimestre		
11	HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS	Segundo trimestre		
12	TRABJO EN EQUIPO	Segundo trimestre	Logrado	
13	Inducción a la Administración Pública Nivel I	Primer trimestre		
14	Inducción a la Administración Pública II	Primer trimestre		

Cantidad Eventos formativos contenidos en el Plan
14

Programas Logrados
3

% de avance
21



Responsable Recursos Humanos
Firma y Sello

Código de la Acción de Capacitación: 20251001681
 Nombre de la Acción de Capacitación: TRABAJO EN EQUIPO
 Institución / Empresa: HOSPITAL REGIONAL PRESIDENTE ESTRELLA URENA
 Facilitador(a): DORILA ALTAGRACIA RODRIGUEZ GUZMAN

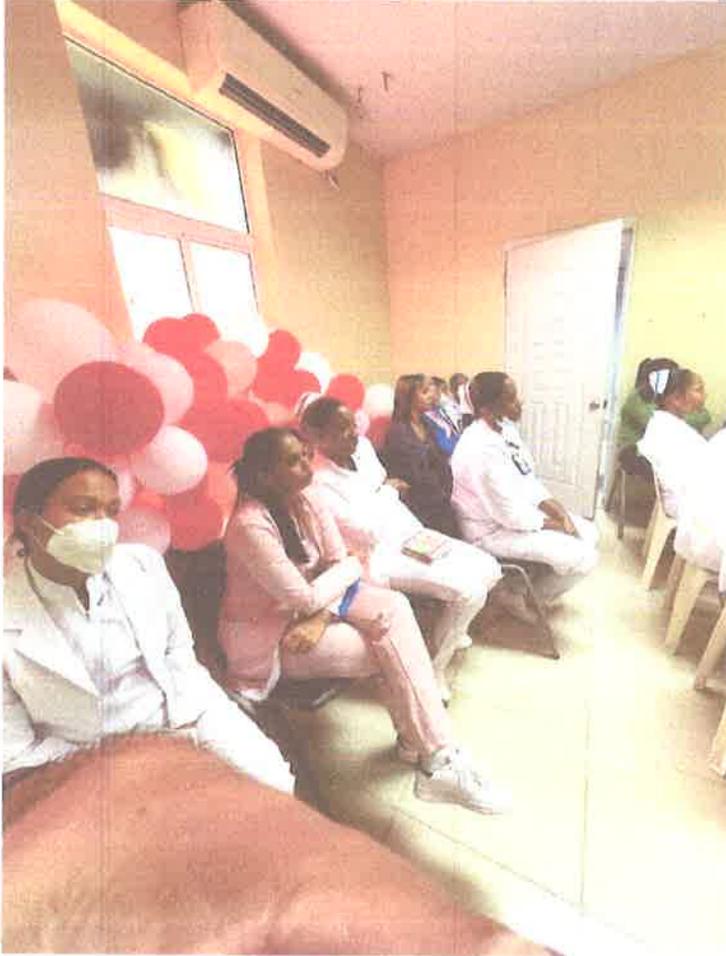
Fecha de Inicio: 20/02/2025
 Fecha de Término: 20/02/2025
 Total Horas Programadas: 8

A Pagar: _____

No.	Número de Cédula o Pasaporte	Participantes Nombre(s) y Apellido(s)	Sexo				Nivel				Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Resultado	
			F	M	OP	MM/G	1	2	8	5							
1	03104164698	ANA LUZ AYBAR BAEZ	X			X											
2	40221910462	DIANA CAROLINA CONTRERAS POLANCO	X		X												
3	03104751833	NOELIS DEL CARMEN GUZMAN GUTIERREZ	X				X										
4	03103778605	ANA TERESA HERNANDEZ VERAS	X				X										
5	03103301887	ELIZABETH MARTINEZ OVALLES	X			X											
6	40232497988	MILFRED YUNNELIS NICASIO VARGAS	X				X										
7	03105717080	EVELYN PERALTA SARANTE	X			X											
8	05300416350	JOSE ARMANDO QUEZADA BUENO			X	X											
9	03104082486	ANDREA RAMIREZ GERONIMO	X			X											
10	03100082696	FERNANDO ANTONIO REYES TAVAREZ			X	X											
11	40220687582	ALTAGRACIA MARIBEL ROSARIO SILVERIO	X			X											
12	03104852912	AMANDA SILVERIO LUNA	X			X											
13	03104086883	MARIA VIRGEN VASQUEZ MARTE	X				X										
Total			11	2	8	5											



Observaciones: _____
 Leyenda: F= Femenino, M= Masculino, OP = Operario, MM = Mandos Medios, G = Gerente, Resultado.. C = Califica N/C = No califica
 Certificado: Físico Web
 Contraparte de la Empresa: _____ Facilitador(a): Dorila Rodriguez Asesor(a): _____ Encargado(a) de División Depto. _____







Nombre de la Actividad:

HRPEU 3.2.1.1.01 COMUNICACIÓN EFECTIVA

Área Responsable: RECURSOS HUMANOS / INFOTEP

Fecha: 26/2/2025

Modalidad de la Reunión: Virtual Presencial

Hora: 02:00 p. m.

Lugar/Plataforma: SALON DE ENFERMERIA

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Telefono
Elvira R. Parodi	F	0340003000000000000	Superintendente	Hosp. P. E. U.	[Firma]	
María M. Almondo Torres	F	1610000347-3	Superintendente	Hosp. P. E. U.	[Firma]	
Delores Robles F.	F	031-0152349334	Superintendente	Hosp. P. E. U.	[Firma]	
Laura Flete Zaldívar	F	060-0002887	Superintendente	Hosp. P. E. U.	[Firma]	
Valma Torres	F	095-0019373	Supervisora	H.R.U.P.E.U.	[Firma]	
Elvira M. M. M.	F	0400000000000000000	Supervisora	H.R.U.P.E.U.	[Firma]	
Leonilda Carrasco	F	0310391889-3	Supervisora	H.R.U.P.E.U.	[Firma]	
Melissa M.	F	0310293800-1	Supervisora	H.R.U.P.E.U.	[Firma]	
Zurinelli Espinal	F	041-0194386-5	Supervisora	H.R.U.P.E.U.	[Firma]	
Andreea D. G. C.	F	031-00910015-7	Supervisora	H.R.U.P.E.U.	[Firma]	
Lidia María Abregó León	F	031-00243118	Supervisora	H.R.U.P.E.U.	[Firma]	
Yvonne Ramírez Román	M	034-0124648-2	Supervisora	H.R.U.P.E.U.	[Firma]	
Adriana C. D. V. A.	F	031-0124648-2	Supervisora	H.R.U.P.E.U.	[Firma]	
GAUSTANTINA BUSTAMANTE	M	001-1083085-0	Supervisora	H.R.U.P.E.U.	[Firma]	
Ruber Vlasenwu	F	117-000000412	Supervisora	H.R.U.P.E.U.	[Firma]	

Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.
- Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.



[Firma manuscrita]



[Firma manuscrita]



REPORTE DE EJECUCIÓN DE ACCIÓN DE CAPACITACIÓN

Código de la Acción de Capacitación: 20251001790
 Nombre de la Acción de Capacitación: COMUNICACIÓN EFECTIVA
 Institución / Empresa: HOSPITAL REGIONAL PRESIDENTE ESTRELLA UREÑA
 Facilitador(a): DOBILA ALTAGRACIA RODRIGUEZ GUZMAN

Fecha de Inicio: 01/03/2025
 Fecha de Término: 01/03/2025
 Total Horas Programadas: 8

A Pagar: _____

No.	Número de Cédula o Pasaporte	Nombre(s) y Apellido(s)	Sexo			Nivel			Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Resultado
			F	M	OP	MM/G	MM/G	MM/G						
1	03200243818	LIDIA MARIA ABREU LEON	X		X			01/03/2025						X
2	10100003473	CARMEN MARILYN ALMONTE TORRES	X		X									X
3	03103918813	ROSANDI CONCEPCION FANJA	X		X									X
4	03700910957	ANGELICA DIAZ GARCIA	X		X									X
5	04701848865	ZURINLEU BATLESCA ESPINAL FERRERIAS	X		X									X
6	06000023667	ARELS FLETE VALERIO	X				X							X
7	05401002851	ELIZABETH MOREL DE JESUS	X				X							X
8	03102938861	MELISSA NUÑEZ ESPINAL	X		X									X
9	05400830894	ELGIA ROSANNA PERALTA GERMAN	X		X									X
10	05401246482	JOSE FRANCISCO RAMIREZ ALMONTE		X	X									X
11	03101538934	DOLORES ROBLESI LORENZO	X				X							X
12	09500193793	WILMA CRISTINA TAVERAS RIVAS	X				X							X
Total			11	1	7		5							12

Observaciones: _____
 Leyenda: F= Femenino, M= Masculino, OP = Operario, MM = Mandos Medios, G = Gerente, Resultado.. C = Califica NC = No califica
 Certificado: Físico Web

Contraparte de la Empresa: Parque Facilitador(a): Dobila Rodriguez Asesor(a): _____ Encargado(a) de División Depto. _____







Nombre de la Actividad:

HRPEU 3.2.1.1.01 MANEJO DE EXPEDIENTES CLINICOS

Área Responsable: RECURSOS HUMANO

Fecha: 26/3/2025

Modalidad de la Reunión: Virtual

Presencial

Hora: 6:30 p. m.

Lugar/Plataforma: ZOOM

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
ALICIA GUERRA	F	402-1358310-3	ENFERMERA	ENFERMERIA		849-918-1658
ASHLEY JORGE	F	402-478-5572	ENFERMERA	ENFERMERIA		809-478-5572
CAROLINA CASTILLO	F	031-0465518-5	ENFERMERA	ENFERMERIA		809-304-5208
ENDRY MONTERO	F	402-3371913-3	ENFERMERA	ENFERMERIA		849-395-9333
EVELIN PERALTA	F	031-0571708-0	ENFERMERA	ENFERMERIA		839-601-0860
GAYLET MARTINEZ	F	402-1147544-3	ENFERMERA	ENFERMERIA		829-785-2707
ISABEL PEREZ	F	031-0414926-9	ENFERMERA	ENFERMERIA		809-675-7391
ISADORA LIRANZO	F	095-0018225-9	ENFERMERA	ENFERMERIA		829-307-7505
JASMIEL Y ESTRELLA	F	402-1111095-8	ENFERMERA	ENFERMERIA		809-765-6520
JUAN DURAN	M	402-2271882-3	ENFERMERA	ENFERMERIA		809-858-9753
LEIDY CASTILLO	F	402-1388199-4	ENFERMERA	ENFERMERIA		349-209-5180
LEWDY ALCANTARA	F	402-1388199-4	ENFERMERA	ENFERMERIA		809-958-5644
LOANNY ARAONES	F	402-2736611-9	ENFERMERA	ENFERMERIA		809-757-7369
LUZ BETANCES	F	402-2081630-6	ENFERMERA	ENFERMERIA		829-784-4131
MARIA ALMONTE	F	031-0515185-0	ENFERMERA	ENFERMERIA		829-301-1725
NICOL ALMONTE	F	402-1898589-9	ENFERMERA	ENFERMERIA		829-712-9948

*Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar "N/A".
- Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.

Subindicador 3.1.7

Gestionar y mejorar los recursos humanos para apoyar la estrategia de la organización: dándole continuidad al desempeño llevado a cabo anualmente, RRHH expone al colaborador cuales son los objetivos que esperamos de su desempeño dentro de la institución.

ID	Objetivo	Estado	Fecha	Progreso
01.04	Estructura Organizativa y Manual de Funciones	Objetivo Logrado	31/12/2026	100.00%
01.05	Gestión de Acuerdos de Desempeño	Objetivo Logrado	01/11/2025	100.00%
01.06	Evaluación del Desempeño	Objetivo Logrado	31/07/2025	100.00%

02. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DE LA INFORMACIÓN

https://www.sismap.gob.do/salud/uploads/evidencias/638156022311671981-MOyF-Hospital-Regional-Presidente-Estrella-Ureña--versión-final-2023.pdf 00%

Subindicador 4.6.8

Gestionar las instalaciones: siguiendo los lineamientos de nuestro Plan de Mantenimiento Preventivo se han ejecutado levantamientos de las áreas de nuestra institución, de igual modo se han realizado sus respectivos mantenimientos a los equipos correspondientes. Cumpliendo a la ejecución del Plan en SISMAP SALUD tenemos una puntuación de 66%.

Descripción	Estado	Fecha	Puntuación
<p>02.03 Plan Mantenimiento Preventivo/Correctivo de Infraestructura, Mobiliarios (Quirófanos, Salas de Neonatología, UCI Adulto, UCI Infantil)</p>	Cierto Avance	31/12/2025	66.00%
<p>EVIDENCIA-ALMACEN-DE-MEDICAMENTOS-E-INSUMOS-NOV-2024.pdf 638688219561567252-Criterios-de-Buenas-Practicas-Almacenamiento-y-Listado-de-Trazadores.pdf</p>			
<p>PLAN-PREVENTIVO-DE-MANTENIMIENTO-2025-HOSPITAL-REGIONAL-PRESIDENTE-ESTRELLA-UREA.pdf 638729710922961061-Programa-de-Mantenimiento-2025-Hospital-Regional-Presidente-Estrella-Urea.pdf 638742676320658172-EVIDENCIAS-DE-MEJORAS-EN-INFRAESTRUCTURA-ENERO-EN-EL-HOSPITAL-</p>			



REPORTE DE SERVICIO

No. Orden de Servicio	0310		
Cliente	HRPEU	Marca	Modelo
		hortera	E1.150
Descripción del Equipo	EKG	Serial	106493869167
		Horas Flamento	Horas Beam
			Total de Impresiones
Ingeniero del Servicio 1	Ingeniero del Servicio 2		
	Gerson Almante		

Tipo de Cobertura:	Garantía <input type="checkbox"/>	Contrato Full <input type="checkbox"/>	Contrato MO <input type="checkbox"/>	Sin Contrato <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>
Falla Reportada:					Diseño de Ambiente <input type="checkbox"/>
					Otros <input type="checkbox"/>

Acción Realizada:	Preventiva <input type="checkbox"/>	Correctiva <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>	Otros:
Conector Roto Cable para paciente por alguna Caida				FECHA MORA 24/6/25
Reemplazar tarjeta de interpretación y Gancho (Ping)				
Reemplazar Batería				

Comentarios:

Nota: es responsabilidad del Físico, Médico o Técnico a cargo, verificar que el equipo cumple con los parametros requeridos para tratamientos clinicos.

Gerson Almante
Firma Ing.

[Handwritten Signature]
Recibido por



STRIKE ZONE SRL

Suplidore de Medicamentos y Equipos para Clinicas y Hospitales en Gral.
RNC: 131-515193

CONDUCE

HOSPITAL PRESIDENTE ESTRELLA UREÑA RNC 430071153
SANTIAGO, REPUBLICA DOMINICANA
DEPARTAMENTO DE COMPRAS
10/06/2025

PARA PAGOS VIA INTERNET BANKING : CTA BANCO RESERVAS NO: 9602928034

FORMA DE PAGO: 30 DIAS

CANTIDAD	PRESENT	NOMBRE ARTICULO	P/UNIDAD	TOTAL
10	UND	MANTENIMIENTO MAQUINAS DE ANESTESIAS PREVENTIVC DETALLES DEL MANTENIMIENTO: 1. REEMPLAZO DE TUVERIAS EN VIAS INTERNAS DEL SISTEMA DE OXIGENO 2. CHEQUEO DE SENSORES INTERNOS 3. CALIBRACION SENZOR DE FLUJO 4. OPTIMIZAR Y CALIBRAR SISTEMA DE VENTILACION 5. LIMPIEZA Y DESINFECCION A VAPOLR MAQUINA COMPLE INTERNA Y EXTERNA 6. SI ES NECESARIO ACTULIZACION DE SOFWARE		



CALLE SALOME URENA No. 1 , SANTO DOMINGO DESTE, DISTRITO NACIONAL
TELEFONO: 829-7711433, Mail: estrikezonecompany@gmail.com





Bio-Nova S.R.L.

Calle Santiago No. 203. Gazcue, Santo Domingo, Rep. Dom.
☎ 809-221-0013 • Desde el Interior sin Cargo: 1-829-200-1845
✉ serviciotecnico@bionovard.com

RNC: 1-31-35423-8

ORDEN No. 073306

FICHA DE SERVICIO

Se acreditarán en garantía solamente aquellas partes defectuosas que sean acompañadas por la siguiente ficha de mal funcionamiento completa.

Cliente Nombre: <u>Hosp. Pdt. Estrella Creña</u> Contacto: _____ No. Telf.: _____ Dirección: <u>Santiago</u>	Fecha: <u>9/6/2025</u> Fecha última visita: _____ Hora de Entrada: _____ Hora Salida: _____ Representante: <u>Luis Caba</u>
Equipo: <u>Microtomo</u>	Marca: <u>ROUNDFIN</u> Serie: <u>Q0520210408</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Equipo propio	<input type="checkbox"/> Equipo por consumo
<input checked="" type="checkbox"/> Chequeo	<input checked="" type="checkbox"/> Mantenimiento
<input checked="" type="checkbox"/> Reparación	<input type="checkbox"/> Instalación
<input type="checkbox"/> Reconstrucción	<input type="checkbox"/> Retiro
<input type="checkbox"/> Aplicaciones (Asesorías)	
<input type="checkbox"/> Equipo en Garantía	<input type="checkbox"/> Equipo Garantía de Reparación
<input type="checkbox"/> Equipo Garantía Mantenimiento	<input type="checkbox"/> N/A
Breve descripción de la condición que presenta el Equipo: <u>Sonda Mecanica al operar.</u>	

Piezas a Reemplazar o Reemplazadas:

- 1- _____ 6- _____
- 2- _____ 7- _____
- 3- _____ 8- _____
- 4- _____ 9- _____
- 5- _____ 10- _____

Breve Descripción del Trabajo Realizado:

- Mantenimiento General.
- Lubricación y Ajuste Mecanico

Observación: _____

Recibido por Dr. Alba Estrella

Luis M. Caba
 Ing. Servicio Técnico



REPORTE DE SERVICIO

No. Orden de Servicio	0300		
Cliente	HRPEU	Marca	Super Star SL6500A
		Modelo	SL6500A
		Serial	SR50C-591-05592
Descripción del Equipo	Máquina Austria	Horas Flamento	Horas Beam
		Total de Impresiones	No. Borrado
Ingeniero del Servicio 1	Gerson Alvarado		
	Ingeniero del Servicio 2		

Tipo de Cobertura:	Garantía <input type="checkbox"/>	Contrato Full <input type="checkbox"/>	Contrato MO <input type="checkbox"/>	Sin Contrato <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>
Falla Reportada:				Diseño de Ambiente <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

Acción Realizada:	Preventiva <input type="checkbox"/>	Correctiva <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>	Otros:	
				FECHA	MORA
Montenimiento General				29/5/2025	

Comentarios:

Nota: es responsabilidad del Físico, Médico o Técnico a cargo, verificar que el equipo cumple con los parámetros requeridos para tratamientos clínicos.

Emely Ramos
Firma Ing.

Ivette Alvarado
Recibido por





REPORTE DE SERVICIO

No. Orden de Servicio	0301		
Cliente	HRPEU	Marca	CDP
		Modelo	CEP011-3
		Serial	BRSNK-521-06459
Descripción del Equipo	UPS	Horas Flamento	
		Horas Beam	
		Total de Impresiones	
		No. Borrado	
Ingeniero del Servicio 1	Gerson Ahumada		
	Ingeniero del Servicio 2		

Tipo de Cobertura:	Garantía <input type="checkbox"/>	Contrato Full <input type="checkbox"/>	Contrato MO <input type="checkbox"/>	Sin Contrato <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>
Falla Reportada:				Diseño de Ambiente <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

Acción Realizada:	Preventiva <input type="checkbox"/>	Correctiva <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>	Otros:
Reemplazo de Set de Baterías Reparación de tarjeta power				FECHA MORA 99/5/2025

Comentarios:

Nota: es responsabilidad del Físico, Médico o Técnico a cargo, verificar que el equipo cumple con los parámetros requeridos para tratamientos clínicos.

Emely Ramos
Firma Ing.

Fruite Ahumada
Recibido por





REPORTE DE SERVICIO

No. Orden de Servicio	0297		
Cliente	HRPEU	Marca	Modelo
Descripción del Equipo		Horas Flaimento	Horas Beam
Ingeniero del Servicio 1		Ingeniero del Servicio 2	

Auto cloro microbiología

17-184DD

Gerson Almonte

Tipo de Cobertura:	Garantía <input type="checkbox"/>	Contrato Full <input type="checkbox"/>	Contrato MO <input type="checkbox"/>	Sin Contrato <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>
Falla Reportada:				Diseño de Ambiente <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

Acción Realizada:	Preventiva <input type="checkbox"/>	Correctiva <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>	Otros:	
				FECHA	MORA
<i>Reparación y calibración</i>				<i>29/5</i>	
<i>Valvulas de Aire</i>					

Comentarios:

Nota: es responsabilidad del Físico, Médico o Técnico a cargo, verificar que el equipo cumple con los parametros requeridos para tratamientos clinicos.

Emdy Ramas
Firma Ing.

Gerson Almonte
Recibido por





REPORTE DE SERVICIO

No. Orden de Servicio	0298		
Cliente	ARPEU	Marca	Modelo
			Serial SRSNC-521-05343
Descripción del Equipo	Auto clave tipo	Horas Flamento	Horas Beam
			Total de Impresiones
			No. Borrado
Ingeniero del Servicio 1	Olla		
		Ingeniero del Servicio 2	Gasper Almaraz

Tipo de Cobertura:	Garantía <input type="checkbox"/>	Contrato Full <input type="checkbox"/>	Contrato MO <input type="checkbox"/>	Sin Contrato <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>
Falla Reportada:				Diseño de Ambiente <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

Acción Realizada:	Preventiva <input type="checkbox"/>	Correctiva <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>	Otros:
mantenimientos				FECHA MORA
Partes Electricas				29/5/2025

Comentarios:

Nota: es responsabilidad del Físico, Médico o Técnico a cargo, verificar que el equipo cumple con los parámetros requeridos para tratamientos clínicos.

Emely Ramos
Firma Ing.

Gasper Almaraz
Recibido por





REPORTE DE SERVICIO

No. Orden de Servicio	0299		
Cliente	HR PEU	Marca	Modelo
		Advanced	AM-6000
		Serial	SRSXC-531-04217
Descripción del Equipo	Máquina	Horas Flamento	Horas Beam
			Total de Impresiones
Ingeniero del Servicio 1	Ingeniero del Servicio 2		
	Anastasia		

Tipo de Cobertura:	Garantía <input type="checkbox"/>	Contrato Full <input type="checkbox"/>	Contrato MO <input type="checkbox"/>	Sin Contrato <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>
Falla Reportada:				Diseño de Ambiente <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

Acción Realizada:	Preventiva <input type="checkbox"/>	Correctiva <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>	Otros:	
				FECHA	MORA
Monteimiento				29/5/25	
Tarjeta Board					

Comentarios:

Nota: es responsabilidad del Físico, Médico o Técnico a cargo, verificar que el equipo cumple con los parámetros requeridos para tratamientos clínicos.

Emely Ramos
Firma Ing.

Fredy Ahumada
Recibido por





ERO DENT S.R.L.

Tel.: 809-576-3552 • 849-642-3582
@erodentrd • Santiago, R. D.

Reporte de Servicios No. 4688

Cliente: Hospital principal de la ciudad
Técnico: Alfonso Reyes Fecha: 26/05/15
Equipo: Compresor dental Teléfono: _____

Descripción del Trabajo	Materiales Utilizados
Se trabajó el compresor dental	Aceite y se revisó los filtros
de la estación los dos switches	filtros
de menor el también los dos	switches de depaase de la
también los dos materiales de protección	los switches de presión (EP-0)
de la bomba filtro de aceite y válvulas	filtro de aire del compresor (EP-0)
de protección de soldadura	válvulas de retención (EP-0) (2)
en el filtro en la computadora que estaba	válvula de emergencia (EP-0) (1)
	válvulas relevalve de aire (EP-0) (2)

Total de Materiales Total de Servicio Total a Pagar

ENTREGADO POR _____

RECIBIDO POR _____



D'ULLOA
INGENIERÍA BIOMÉDICA, S.R.L.

REPORTE DE MANTENIMIENTO

Fecha de solicitud: <u>13/05/2005.</u>	TIPO DE MANTENIMIENTO	
Solicitante: <u>HOSP. P.F.U.</u>	CRITERIO	A= URGENTE B= ORDINARIO C= PROGRAMABLE
Departamento: <u>Rayos X.</u>		MP <input checked="" type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> SERVICIO <input type="checkbox"/>
Máquina y/o equipo: <u>Americo-UP.</u>	PRIORIDAD A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	HORA: <input type="text"/>
Código: <u>SALA PRINCIPAL.</u>		

DESCRIPCIÓN DE LA FALLA O EQUIPO
Ajuste de frenos y engrase rodamientos.

MATERIALES EMPLEADOS O REFACCIONES			
CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	\$ UNITARIO

W. Ulloa
Realizado por

Recibido por



D'ULLOA
INGENIERÍA BIOMÉDICA, S.R.L.

REPORTE DE MANTENIMIENTO

Fecha de solicitud: <u>13/03/2005.</u>	TIPO DE MANTENIMIENTO	
Solicitante: <u>HOSPITAL PEU.</u>	CRITERIO	A= URGENTE
Departamento: <u>RAYOS X.</u>		B= ORDINARIO
Máquina y/o equipo: <u>UNIVERSAL.</u>		C= PROGRAMABLE
Código: <u>SALA 2.</u>	MP <input type="checkbox"/> MC <input checked="" type="checkbox"/> SERVICIO <input type="checkbox"/>	
	PRIORIDAD A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	
	HORA: _____	

DESCRIPCIÓN DE LA FALLA O EQUIPO

Los Trinos de la columna no funcionan.
Tarjeta de control dañada por falla eléctrica.

MATERIALES EMPLEADOS O REFACCIONES

CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	\$ UNITARIO

W. Ulloa
Realizado por

Recibido por



D'ULLOA
INGENIERÍA BIOMÉDICA, S.R.L.

REPORTE DE MANTENIMIENTO

Fecha de solicitud: <u>12/03/2023</u>	TIPO DE MANTENIMIENTO	
Solicitante: <u>HOSP. PÉU.</u>	CRITERIO	A= URGENTE
Departamento: <u>Rayos X</u>		B= ORDINARIO
Máquina y/o equipo: <u>Servido - PAs</u>		C= PROGRAMABLE
Código: <u>SOFTWARE</u>	MP ___ MC ___	SERVICIO ___
	PRIORIDAD A ___ B ___ C ___	
	HORA: ___	

DESCRIPCIÓN DE LA FALLA O EQUIPO

compra de software por falla de red eléctrica.
instalación completa.
Licencia no corrupta.

MATERIALES EMPLEADOS O REFACCIONES

CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	\$ UNITARIO

U. Valle
Realizado por

Recibido por



GLOBAL

REPORTE DE SERVICIO

N° 36261-1

N° Orden de Servicio: 36261		GON: 5255050	
Cliente HOSPITAL PRESIDENTE ESTRELLA UREÑA SANTIAGO	Marca GE HEALTHCARE	Modelo Revolution Maxima	Serial TAIXX2300053CN
Descripción del Equipo Imágenes - Tomografía		Número Serial Tubo	Número Serial Transductor
Ingeniero de Servicio 1 Pierre Peña Alba		Ingeniero de Servicio 2	

Tipo de Cobertura	Garantía	<input checked="" type="checkbox"/> Contrato Full	<input type="checkbox"/> Contrato MO	<input type="checkbox"/> Sin Contrato	<input type="checkbox"/> Instalación
Falla Reportada FALLA DE LOCALIZADOR				Diseño de Ambiente	<input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>

Acción Realizada	Preventiva	Correctiva	Instalación	Otra	FECHA	HORA
SE INSPECCIONÓ EL EQUIPO SIN QUE SE ENCONTRARAN FALLAS SOLO, SE DETECTÓ PROBLEMA DE CONFIGURACIÓN DEL PROTOCOLO UTILIZADO, SE CORRIÓ LA UBICACIÓN DEL LOCALIZADOR, VALORES DE KV Y MA, SE REALIZARON VARIAS PRUEBAS SIN QUE SE DETECTARAN FALLAS O INCONVENIENTES.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	05/May/2025	1.5

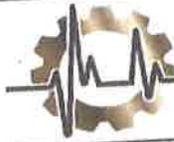
Nota: Es responsabilidad del Físico, Médico o Técnico a cargo, verificar que el equipo cumple con los parámetros requeridos para tratamientos clínicos

Fecha de Reparación	Horas de Viaje	Horas regulares	Horas Extras	Horas Totales en Sitio
05/May/2025	1	0	1.5	1.5

Partes Utilizadas			
Cant	Numero de Parte	Descripción	N° Conduce



Fecha	Nombre de Cliente	Firma del Cliente	Firma del Ingeniero de Servicio
05 - 05 - 2025	<i>Pierre Peña Alba</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>



D'ULLOA
INGENIERIA BIOMEDICA, S.R.L.

REPORTE DE MANTENIMIENTO

Fecha de solicitud: 1/5/2025.
 Solicitante: RAYOS X
 Departamento: RAYOS X
 Máquina y/o equipo: Atco a C
 Código: Zhiem Imaging

TIPO DE MANTENIMIENTO

CRITERIO

A= URGENTE
 B= ORDINARIO
 C= PROGRAMABLE

MP ___ MC X SERVICIO ___
 PRIORIDAD A X B ___ C ___
 HORA: _____

DESCRIPCIÓN DE LA FALLA O EQUIPO

No dispara.
Falla del modulo Fobt.
Irregularidad en la Red Electrica.

MATERIALES EMPLEADOS O REFACCIONES

CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	\$ UNITARIO

w. ulloa
 Realizado por

Recibido por _____



REPORTE DE SERVICIO

No. Orden de Servicio	0292				
Cliente	ARPEU	Marca	Modelo	Serial	
		KONINGS	9A-28D	SRS/IC-521-05069	
Descripción del Equipo	Aspirador Portatil	Horas Flathento	Horas Beam	Total de Impresiones	No. Borrado
Ingeniero del Servicio 1	Gerson Almonte				
	Ingeniero del Servicio 2				

Tipo de Cobertura:	Garantía <input type="checkbox"/>	Contrato Full <input type="checkbox"/>	Contrato MO <input type="checkbox"/>	Sin Contrato <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>
Falla Reportada:				Diseño de Ambiente <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

Acción Realizada:	Preventiva <input type="checkbox"/>	Correctiva <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>	Otros:	
no enciende. El equipo quedó en funcionamiento				FECHA	MORA
				24/4/25	

Comentarios:

Nota: es responsabilidad del Físico, Médico o Técnico a cargo, verificar que el equipo cumple con los paramctros requeridos para tratamientos clinicos.

Emely Ramos
Firma Ing.

Fuelle Almonte
Recibido por





REPORTE DE SERVICIO

No. Orden de Servicio	0293		
Cliente	HRPEU	Marca	Modelo
		Dion Med	
		Serial	SRSNC-SDI-01172
Descripción del Equipo	Incubadora	Horas Flamento	Horas Beam
			Total de Impresiones
			No. Borrado
Ingeniero del Servicio 1	Ingeniero del Servicio 2		
	Gerson Olmos		

Tipo de Cobertura:	Garantía <input type="checkbox"/>	Contrato Full <input type="checkbox"/>	Contrato MO <input type="checkbox"/>	Sin Contrato <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>
Falla Reportada:				Diseño de Ambiente <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

Acción Realizada:	Preventiva <input type="checkbox"/>	Correctiva <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>	Otros:	
				FECHA	MORA
No se encontró. Equipo quedó trabajando				29/4/25	5

Comentarios:

Nota: es responsabilidad del Físico, Médico o Técnico a cargo, verificar que el equipo cumple con los parámetros requeridos para tratamientos clínicos.

Emely Ramos
Firma Ing.

Juella Olmos
Recibido por





REPORTE DE SERVICIO

No. Orden de Servicio	0294								
Cliente	HRPEU	Marca	HK N	Modelo	9010	Serial	SRSNC-521-06786		
Descripción del Equipo	Cama Termica	Horas Flamento		Horas Beam		Total de Impresiones		No. Borrado	
Ingeniero del Servicio 1	Gerson Almonte			Ingeniero del Servicio 2					

Tipo de Cobertura:	Garantía <input type="checkbox"/>	Contrato Full <input type="checkbox"/>	Contrato MO <input type="checkbox"/>	Sin Contrato <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>	
Falla Reportada:					Diseño de Ambiente <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

Acción Realizada:	Preventiva <input type="checkbox"/>	Correctiva <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>	Otros:	
				FECHA	MORA
No. detectada. Equipo quedó funcionando					

Comentarios:

Nota: es responsabilidad del Físico, Médico o Técnico a cargo, verificar que el equipo cumple con los parámetros requeridos para tratamientos clínicos.

Emely Ramps
Firma Ing.

Fuente Almonte
Recibido por





REPORTE DE SERVICIO

No. Orden de Servicio	0295		
Cliente	HRPEU	Marga	Advanced
		Modelo	R3186
		Serial	SR510C-531-04796
Descripción del Equipo	Incubadora	Horas Flamento	Horas Beam
		Total de Impresiones	No. Borrado
Ingeniero del Servicio 1	Gerson Amate		
	Ingeniero del Servicio 2		

Tipo de Cobertura:	Garantía <input type="checkbox"/>	Contrato Full <input type="checkbox"/>	Contrato MO <input type="checkbox"/>	Sin Contrato <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>
Falla Reportada:				Diseño de Ambiente <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

Acción Realizada:	Preventiva <input type="checkbox"/>	Correctiva <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>	Otros:
				FECHA, MORA
no funciona. Equipo quedó trabajando				21/4/25

Comentarios:

Nota: es responsabilidad del Físico, Médico o Técnico a cargo, verificar que el equipo cumple con los parametros requeridos para tratamientos clinicos.

Emely Ramos
Firma Ing.

Fuelle Amate
Recibido por





REPORTE DE SERVICIO

No. Orden de Servicio	0296		
Cliente	HR PEU	Marca	Edison
		Modelo	A3186
		Serial	SR50C-S01-01188
Descripción del Equipo	Incubadora	Horas Flamento	Horas Beam
		Total de Impresiones	
		No. Borrado	
Ingeniero del Servicio 1	Ingeniero del Servicio 2		
Gerson Almonte			

Tipo de Cobertura:	Garantía <input type="checkbox"/>	Contrato Full <input type="checkbox"/>	Contrato MO <input type="checkbox"/>	Sin Contrato <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>
Falla Reportada:					Diseño de Ambiente <input type="checkbox"/>
					Otros <input type="checkbox"/>

Acción Realizada:	Preventiva <input type="checkbox"/>	Correctiva <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>	Otros:	
				FECHA	MORA
No funciona. Equipo quedó trabajando					

Comentarios:

Nota: es responsabilidad del Físico, Médico o Técnico a cargo, verificar que el equipo cumple con los parámetros requeridos para tratamientos clínicos.

Emely Ramos
Firma Ing.

Jovette Almonte
Recibido por





REPORTE DE SERVICIO

No. Orden de Servicio	0291						
Cliente	HRPEU	Marca	AEOMEN	Modelo	V670	Serial	
Descripción del Equipo	Ventilador, UCI Polivalente	Horas Flamenco		Horas Beam		Total de Impresiones	No. Borrado
Ingeniero del Servicio 1	Ingeniero del Servicio 2						

Tipo de Cobertura:	Garantía <input type="checkbox"/>	Contrato Full <input type="checkbox"/>	Contrato MO <input type="checkbox"/>	Sin Contrato <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>	
Falla Reportada:					Diseño de Ambiente <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

Acción Realizada:	Preventiva <input type="checkbox"/>	Correctiva <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>	Otros:
Cambio Pontillo, Touch Danado				FECHA MORA
Equipo quedó en funcionamiento				27/04/25

Comentarios:

Nota: es responsabilidad del Físico, Médico o Técnico a cargo, verificar que el equipo cumple con los parámetros requeridos para tratamientos clínicos.

Emely Ramos
Firma Ing.



Ivette Ahuete
Recibido por



REPORTE DE SERVICIO

No. Orden de Servicio	0290		
Cliente	HRPEU	Marca	Admiral
		Modelo	AM6000
		Serial	SRSNC-521-04364
Descripción del Equipo	Máquina Anestesia	Horas Flamento	Horas Beam
		Total de Impresiones	No. Borrado
Ingeniero del Servicio 1	Gerson Almonte		
	Ingeniero del Servicio 2		

Tipo de Cobertura:	Garantía <input type="checkbox"/>	Contrato Full <input type="checkbox"/>	Contrato MO <input type="checkbox"/>	Sin Contrato <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>
Falla Reportada:					Diseño de Ambiente <input type="checkbox"/>
					Otros <input type="checkbox"/>

Acción Realizada:	Preventiva <input type="checkbox"/>	Correctiva <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>	Otros:	
				FECHA	MORA
Cambio pantalla monitor				27/4/25	

Comentarios:

Nota: es responsabilidad del Físico, Médico o Técnico a cargo, verificar que el equipo cumple con los parametros requeridos para tratamientos clinicos.

Emely Ramos
Firma Ing.

Gerson Almonte
Recibido por





D'ULLOA
INGENIERÍA BIOMÉDICA, S.R.L

REPORTE DE MANTENIMIENTO

Fecha de solicitud: 11/04/2025
Solicitante: HOSPITAL P.E.U.
Departamento: Rayos X
Máquina y/o equipo: Portatil
Código: UCI

TIPO DE MANTENIMIENTO

CRITERIO

A= URGENTE
B= ORDINARIO
C= PROGRAMABLE

MP ___ MC ___ SERVICIO ___
PRIORIDAD A ___ B ___ C ___
HORA: _____

DESCRIPCIÓN DE LA FALLA O EQUIPO

Calibración y ajuste del Detector
software RADMAX.

MATERIALES EMPLEADOS O REFACCIONES

CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	\$ UNITARIO

W. Ulloa
Realizado por

Recibido por



REPORTE DE SERVICIO

No. Orden de Servicio	0289		
Cliente	Marca	Modelo	Serial
Moraguanza Ortesteria		56100A	SRSWC.521-05739
Descripción del Equipo	Horas Flamento	Horas Beam	Total de Impresiones
			No. Borrado
Ingeniero del Servicio 1	Ingeniero del Servicio 2		
Ernesto Almonte			

Tipo de Cobertura:	Garantía <input type="checkbox"/>	Contrato Full <input type="checkbox"/>	Contrato MO <input type="checkbox"/>	Sin Contrato <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>
Falla Reportada:				Diseño de Ambiente <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

Acción Realizada:	Preventiva <input type="checkbox"/>	Correctiva <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>	Otros:
Calibración, instalación de monómetro de oxígeno				FECHA: 9/9/25 MORA:

Comentarios:

Nota: es responsabilidad del Físico, Médico o Técnico a cargo, verificar que el equipo cumple con los parametros requeridos para tratamientos clinicos.

Ernely Ramas
Firma Ing.

Ernesto Almonte
Recibido por





REPORTE DE SERVICIO

No. Orden de Servicio	0287			
Cliente	Marca	Modelo	Serial	
	Tenko	TK-1602	SR3NL-531-02850	
Descripción del Equipo	Horas Flamento	Horas Beam	Total de Impresiones	No. Borrado
Aspirador Suction				
Ingeniero del Servicio 1	Ingeniero del Servicio 2			
Gerson Almonte				

Tipo de Cobertura:	Garantía <input type="checkbox"/>	Contrato Full <input type="checkbox"/>	Contrato MO <input type="checkbox"/>	Sin Contrato <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>
Falla Reportada:				Diseño de Ambiente <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

Acción Realizada:	Preventiva <input type="checkbox"/>	Correctiva <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>	Otros:	
				FECHA	MORA
Reemplazo de Swiches quemados Reparados				2/4/25	

Comentarios:

Nota: es responsabilidad del Físico, Médico o Técnico a cargo, verificar que el equipo cumple con los parámetros requeridos para tratamientos clínicos.

Emely Ramos
Firma Ing.

Gerson Almonte
Recibido por





REPORTE DE SERVICIO

No. Orden de Servicio	0288		
Cliente	Marca	Modelo	Serial
		449801	SRS/NC-531-03811
Descripción del Equipo	Horas Flamento	Horas Beam	Total de Impresiones
Operado			
Ingeniero del Servicio 1	Ingeniero del Servicio 2		
Genon Almonte			

Tipo de Cobertura:	Garantía <input type="checkbox"/>	Contrato Full <input type="checkbox"/>	Contrato MO <input type="checkbox"/>	Sin Contrato <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>
Falla Reportada:				Diseño de Ambiente <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

Acción Realizada:	Preventiva <input type="checkbox"/>	Correctiva <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>	Otros:	
				FECHA	MORA
Reemplazo Rodamientos Repado.				3/4/25	

Comentarios:

Nota: es responsabilidad del Físico, Médico o Técnico a cargo, verificar que el equipo cumple con los parametros requeridos para tratamientos clinicos.

Emely Ramos
Firma Ing.



Lucille Almonte
Recibido por





REPORTE DE SERVICIO

No. Orden de Servicio	0286		
Cliente	Marca <i>Adsoned</i>	Modelo	Serial <i>SRSNC-521-06452</i>
Descripción del Equipo <i>Mesa Quirúrgica</i>	Horas Flamento	Horas Beam	Total de Impresiones
Ingeniero del Servicio 1 <i>Gerson Almonte</i>	Ingeniero del Servicio 2		
No. Borrado			

Tipo de Cobertura:	Garantía <input type="checkbox"/>	Contrato Full <input type="checkbox"/>	Contrato MO <input type="checkbox"/>	Sin Contrato <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>
Falla Reportada:				Diseño de Ambiente <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

Acción Realizada:	Preventiva <input type="checkbox"/>	Correctiva <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>	Otros:	
				FECHA	MORA
<i>Falso contacto entrada corriente AC Reparado</i>				<i>9/4/25</i>	

Comentarios:

Nota: es responsabilidad del Físico, Médico o Técnico a cargo, verificar que el equipo cumple con los parametros requeridos para tratamientos clinicos.

Emely Ramas
Firma Ing.

Ivette Almonte
Recibido por





REPORTE DE SERVICIO

No. Orden de Servicio	0285	HDGT 50375		
Cliente	ARPEU	Marca	Modelo	Serial
		DAMELA	GIRAFFE	HDGTR51460
Descripción del Equipo	Incubadora	Horas Flamento	Horas Beam	Total de Impresiones
Ingeniero del Servicio 1	Gerson Alvarado	Ingeniero del Servicio 2		

Tipo de Cobertura:	Garantía <input type="checkbox"/>	Contrato Full <input type="checkbox"/>	Contrato MO <input type="checkbox"/>	Sin Contrato <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>
Falla Reportada:				Diseño de Ambiente <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

Acción Realizada:	Preventiva <input type="checkbox"/>	Correctiva <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>	Otros:	
				FECHA	MORA
				2/4/25	

Comentarios:

Nota: es responsabilidad del Físico, Médico o Técnico a cargo, verificar que el equipo cumple con los parámetros requeridos para tratamientos clínicos.

Emely Ramos
Firma Ing.

Fvette Alvarado
Recibido por





Fecha de solicitud: <u>7/4/2025</u>	TIPO DE MANTENIMIENTO	
Solicitante: <u>HPEU</u>	CRITERIO	A= URGENTE
Departamento: <u>Rayos X</u>		B= ORDINARIO
Máquina y/o equipo: <u>Rayos X</u>	MP ___ MC <input checked="" type="checkbox"/> SERVICIO ___	C= PROGRAMABLE
Código: <u>Universal unimatic</u>	PRIORIDAD A <input checked="" type="checkbox"/> B ___ C ___	
	HORA: ___	

DESCRIPCIÓN DE LA FALLA O EQUIPO

No DISPARA.
Luego de intermitencia eléctrica.
FALLA del módulo SCR.
se reemplaza.



MATERIALES EMPLEADOS O REFACCIONES

CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	\$ UNITARIO

Fig. Vazquez y Ulla
Realizado por

do. Kandy
Recibido por



REPORTE DE SERVICIO

No. Orden de Servicio	0283		
Cliente	HRPEU	Marca	Advanced
		Modelo	A405
		Serial	SRS/NC-521-02975
Descripción del Equipo	Cena Termica	Horas Flamento	Horas Beam
		Total de Impresiones	No. Borrado
Ingeniero del Servicio 1	Gerson Almonte		
	Ingeniero del Servicio 2		

Tipo de Cobertura:	Garantia <input type="checkbox"/>	Contrato Full <input type="checkbox"/>	Contrato MO <input type="checkbox"/>	Sin Contrato <input checked="" type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>
Falla Reportada:	No cobrada			Diseño de Ambiente <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

Acción Realizada:	Preventiva <input type="checkbox"/>	Correctiva <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>	Otros:	
				FECHA	MORA
Reparación de las Foto celdas				04/04/2025	

Comentarios:

Nota: es responsabilidad del Físico, Médico o Técnico a cargo, verificar que el equipo cumple con los parametros requeridos para tratamientos clinicos.

Emely Ramas
Firma Ing.

José Almonte
Recibido por





REPORTE DE SERVICIO

No. Orden de Servicio	0284		
Cliente	HRPEU	Marca	Modelo
		Advent	A4051
			Serial
			SRSNC-521-02997
Descripción del Equipo	Horas Flamento	Horas Beam	Total de Impresiones
			No. Borrado
Ingeniero del Servicio 1	Ingeniero del Servicio 2		
	Gerson Almonte		

Tipo de Cobertura:	Garantía <input type="checkbox"/>	Contrato Full <input type="checkbox"/>	Contrato MO <input type="checkbox"/>	Sin Contrato <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>	
Falla Reportada:					Diseño de Ambiente <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

Acción Realizada:	Preventiva <input type="checkbox"/>	Correctiva <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>	Otros:
				FECHA MORA
Reparación Falso voltaje en la tarjeta				04/04/25

Comentarios:

Nota: es responsabilidad del Físico, Médico o Técnico a cargo, verificar que el equipo cumple con los parametros requeridos para tratamientos clinicos.

Emely Ramos
Firma Ing.

Gerson Almonte
Recibido por





D'ULLOA
INGENIERÍA BIOMÉDICA, S.R.L.

REPORTE DE MANTENIMIENTO

Fecha de solicitud: 02/04/2025

Solicitante: HOSPITAL PEU

Departamento: RAYOS X.

Máquina y/o equipo: Ame-cin P.

Código: _____

TIPO DE MANTENIMIENTO

CRITERIO

A= URGENTE
B= ORDINARIO
C= PROGRAMABLE

MP ___ MC ___ SERVICIO ___
PRIORIDAD A ___ B ___ C ___
HORA: _____

DESCRIPCIÓN DE LA FALLA O EQUIPO

bombilla del rotinador dañada.
servicio reemplazada

MATERIALES EMPLEADOS O REFACCIONES

CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	\$ UNITARIO

W. d/o

Realizado por

Recibido por



REPORTE DE SERVICIO

No. Orden de Servicio	0282		
Cliente	Marca	Modelo	Serial
Hospital Presidente Estrella			
Descripción del Equipo	Horas Flamento	Horas Beam	Total de Impresiones
Ingeniero del Servicio 1	Ingeniero del Servicio 2		
No. Borrado			

Tipo de Cobertura:	Garantía <input type="checkbox"/>	Contrato Full <input type="checkbox"/>	Contrato MO <input type="checkbox"/>	Sin Contrato <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>
Falla Reportada:	Diseño de Ambiente <input type="checkbox"/>			Otros <input type="checkbox"/>	

Acción Realizada:	Preventiva <input type="checkbox"/>	Correctiva <input checked="" type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>	Otros:	
				FECHA	MORA
Mantenimiento en general de Ventilador Resuirt Rv 200 serial SRSNC 521-03711 y Reemplazo de oxígeno				31/03/25	
Mantenimiento en general de Ventilador AEO MED V 670 serial SRSNC 521-03698				31/03/25	

Comentarios: Equipos trabajando correctamente.

Nota: es responsabilidad del Físico, Médico o Técnico a cargo, verificar que el equipo cumple con los parametros requeridos para tratamientos clínicos.

Emely Ramos
Firma Ing.

Ivette Amante
Recibido por





REPORTE DE SERVICIO

No. Orden de Servicio	0281		
Cliente	Hospital Presidente Estrella	Marca	Modelo
Descripción del Equipo	Aspiradores portátiles	Serial	SRSNC 521-01124 y 521-0116
Ingeniero del Servicio 1		Ingeniero del Servicio 2	

Tipo de Cobertura:	Garantía <input type="checkbox"/>	Contrato Full <input type="checkbox"/>	Contrato MO <input type="checkbox"/>	Sin Contrato <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>	
Falla Reportada:					Diseño de Ambiente <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

Acción Realizada:	Preventiva <input type="checkbox"/>	Correctiva <input checked="" type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>	Otros:
				FECHA MORA
Mantenimiento en general de dos aspiradores portátiles				31/03/25

Comentarios: Equipos trabajando correctamente.

Nota: es responsabilidad del Físico, Médico o Técnico a cargo, verificar que el equipo cumple con los parámetros requeridos para tratamientos clínicos.

Emely Ramos
Firma Ing.

Ivette Amante
Recibido por





REPORTE DE SERVICIO

No. Orden de Servicio	0280		
Cliente	Hospital Presidente Estrella	Marca	Modelo
Descripción del Equipo	Ventilador Mindray	Horas Flamento	Horas Beam
Ingeniero del Servicio 1	Ingeniero del Servicio 2		
		Total de Impresiones	No. Borrado
			Serial SRSNC 521-04168

Tipo de Cobertura:	Garantía <input type="checkbox"/>	Contrato Full <input type="checkbox"/>	Contrato MO <input type="checkbox"/>	Sin Contrato <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>	
Falla Reportada:					Diseño de Ambiente <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

Acción Realizada:	Preventiva <input type="checkbox"/>	Correctiva <input checked="" type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>	Otros:
				FECHA MORA
Mantenimiento en general.				31/03/25
Reemplazo de Sensor de oxígeno				

Comentarios: Equipo trabajando correctamente.

Nota: es responsabilidad del Físico, Médico o Técnico a cargo, verificar que el equipo cumple con los parámetros requeridos para tratamientos clínicos.

Emely Ramos
Firma Ing.

Ivette Amarte
Recibido por





TECNI MÉDICA

REPORTE TÉCNICO No.

RNC: 1-01-58549-8

Calle Félix Mota No. 75, Los Prados, Santo Domingo, R. D. Apartado Postal 30334
Teléfonos: 809-548-6260 • 809-548-6129 • Fax: 809-548-6098 • servicio@tecnicmedica.com.do
www.tecnicmedica.com.do

CLIENTE: Hospital Presidente Astivia CLIENTE NUM.: 0973
 DIRECCION: Av. Embajador NO-50 TEL.: 809 375 8901
 REPORTADO POR: _____ DPTO/CARGO: Idm
 FECHA: 21/3/2025 HORA: _____
 EQUIPO: Humidificadores UCI MARCA: Humidifier Medical MODELO: C3 SERIE: 9365
 ACCESORIOS: _____
 ID. NUM.: _____ GARANTÍA CONTRATO MANT. OTROS
 OBSERVACIONES: Syst 2.0 II, 8369h. Almacen 44% Bat 97 94.
 QUEJA: _____
 REPARACIÓN AUTORIZADA POR: _____ FECHA: _____

TRABAJO INICIADO POR: Rick / Dylan FECHA: 21-3-25 HORA: 3:20

PIEZAS Y MATERIALES UTILIZADOS		
CANT.	REFERENCIA	DESCRIPCIÓN
1	HAmpl-396200	Alto de O ₂ para C3 SN: 260-340
1	HOmb-160216	filtro HEPA
1	HOmb-MSD369106	Batería para C3 SN: 15207

TRABAJO REALIZADO: Revisión general del equipo y prueba de funcionamiento. Se reemplazó el filtro HEPA y la batería de respaldo. Se verificó el nivel de agua y se ajustó el flujo de O₂. Se entregó el equipo en buenas condiciones.

REALIZADO POR: Rick Torres / Dylan

TRABAJO ENTREGADO POR: Rick Torres FECHA: 31-3-25
 TRABAJO RECIBIDO POR: Kendy FECHA: 31/03/2025



RNC: 1-01-58549-8
 Calle Félix Mota No. 75, Los Prados, Santo Domingo, R. D. Apartado Postal 30334
 Teléfonos: 809-548-6260 • 809-548-6129 • Fax: 809-548-6098 • servicio@tecnicmedica.com.do
 www.tecnicmedica.com.do

REPORTE TÉCNICO No. _____

CLIENTE: Hospital Presidente Estrella Venencia CLIENTE NUM.: 0873
 DIRECCION: Av. Imbert No. 50 TEL.: 809-375-8904
 REPORTADO POR: _____ DPTO/CARGO: Adm
 FECHA: 31/03/2025 HORA: _____
 EQUIPO: ventilador UCI NEO MARCA: Hamilton Medical MODELO: C3 SERIE: 9362
 ACCESORIOS: _____
 ID. NUM.: _____ GARANTÍA CONTRATO MANT. OTROS
 OBSERVACIONES: Soft 2.0.11, 11930h, Alarma 64% Det 75.6%
 QUEJA: _____
 REPARACIÓN AUTORIZADA POR: _____ FECHA: _____

TRABAJO INICIADO POR: Puck / Dixon FECHA: 31-3-25 HORA: 3:00

PIEZAS Y MATERIALES UTILIZADOS		
CANT.	REFERENCIA	DESCRIPCIÓN
1	Hamilton-396200	Cable de On Power C3 SN: 26033
1	Hamilton-160216	Filtro HEPA Power C3

TRABAJO REALIZADO: Revisión general del equipo, pruebas, calibraciones, ajuste de instrumentos, limpieza, servicios correctivos.

REALIZADO POR: Puck Torres / Dixon welder

TRABAJO ENTREGADO POR: Puck Torres FECHA: 31-3-25

TRABAJO RECIBIDO POR: Kendry FECHA: 31/03/2025



D'ULLOA
INGENIERÍA BIOMÉDICA, S.R.L.

REPORTE DE MANTENIMIENTO

Fecha de solicitud: 12/03/2005

Solicitante: HOSP. P.F.U.

Departamento: NeO.

Máquina y/o equipo: RAYOS X

Código: Portátil TORAZ

TIPO DE MANTENIMIENTO

CRITERIO

A= URGENTE

B= ORDINARIO

C= PROGRAMABLE

MP ___ MC ___ SERVICIO ___

PRIORIDAD A ___ B ___ C ___

HORA: _____

DESCRIPCIÓN DE LA FALLA O EQUIPO

No se enciende el detector.
El sistema requiere actualización de licencia.

MATERIALES EMPLEADOS O REFACCIONES

CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	\$ UNITARIO

Mag. Wilson
Realizado por

Fuente Amonte
Recibido por





D'ULLOA
INGENIERIA BIOMEDICA, S.R.L.

REPORTE DE MANTENIMIENTO

Fecha de solicitud: <u>12/03/2025</u>		TIPO DE MANTENIMIENTO	
Solicitante: <u>HOSP. PEU</u>		CRITERIO	A= URGENTE B= ORDINARIO C= PROGRAMABLE
Departamento: <u>UEI Adulto</u>			MP ___ MC ___ SERVICIO ___
Máquina y/o equipo: <u>Rayos x.</u>		PRIORIDAD A ___ B ___ C ___	HORA: _____
Código: <u>Portatil TOPAZ</u>			
DESCRIPCIÓN DE LA FALLA O EQUIPO			
<u>El detector perdió configuración</u>			
<u>El software del detector requiere actualización de licencia.</u>			
MATERIALES EMPLEADOS O REFACCIONES			
CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	\$ UNITARIO

M. Wascayullo
Realizado por

Fuente Amante
Recibido por





REPORTE DE SERVICIO

No. Orden de Servicio	0277		
Cliente	Corazones del Cibao	Marca	STRYCKER
		Modelo	
		Serial	
Descripción del Equipo	Comella Hemodinamia.	Horas Flamento	Horas Beam
		Total de Impresiones	No. Borrado
Ingeniero del Servicio 1	Ingeniero del Servicio 2		

Tipo de Cobertura:	Garantía <input type="checkbox"/>	Contrato Full <input type="checkbox"/>	Contrato MO <input type="checkbox"/>	Sin Contrato <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>
Falla Reportada:					Diseño de Ambiente <input type="checkbox"/>
					Otros <input checked="" type="checkbox"/>

Acción Realizada:	Preventiva <input type="checkbox"/>	Correctiva <input checked="" type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>	Otros:
				FECHA MORA
Reparación de botella hidráulica para cama 3				4/03/25

Comentarios: *Esta botando aceite*

Nota: es responsabilidad del Físico, Médico o Técnico a cargo, verificar que el equipo cumple con los parámetros requeridos para tratamientos clínicos

Gordon Almonte
Firma Ing.

Arlette Almonte
Recibido por





REPORTE DE SERVICIO

No. Orden de Servicio	0278		
Cliente	Corazones del Cibao	Marca	PHILIPS
		Modelo	
		Serial	
Descripción del Equipo	Horas Flamento	Horas Beam	Total de Impresiones
2 desfibrilador			No. Borrado
Ingeniero del Servicio 1	Ingeniero del Servicio 2		

Tipo de Cobertura:	Garantía <input type="checkbox"/>	Contrato Full <input type="checkbox"/>	Contrato MO <input type="checkbox"/>	Sin Contrato <input checked="" type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>
Falla Reportada:	Batería dañada			Diseño de Ambiente <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

Acción Realizada:	Preventiva <input type="checkbox"/>	Correctiva <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>	Otros: <input checked="" type="checkbox"/>
				FECHA
Philips Heartstart MRX Monitor				
Reemplazar Set de baterías				

Comentarios: El desfibrilador se apaga y no llega a descargar

Nota: es responsabilidad del Físico, Médico o Técnico a cargo, verificar que el equipo cumple con los parámetros requeridos para tratamientos clínicos

Gerson Almonte
Firma Ing.

Ivette Almonte
Recibido por





REPORTE DE SERVICIO

No. Orden de Servicio	0276		
Cliente	Corazones del Cibao	Marca	Modelo
Descripción del Equipo	Monitores	Horas Flamento	Horas Beam
Ingeniero del Servicio 1	Ingeniero del Servicio 2		
		Total de Impresiones	No. Borrado

Tipo de Cobertura:	Garantía <input type="checkbox"/>	Contrato Full <input type="checkbox"/>	Contrato MO <input type="checkbox"/>	Sin Contrato <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>
Falla Reportada:	Se faltan sensores a los monitores			Diseño de Ambiente <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

Acción Realizada:	Preventiva <input type="checkbox"/>	Correctiva <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>	Otros:	
				FECHA	MORA
Cama 1: Falta Cable EKG					
Cama 3: Ponerle el brazalete adulto una línea					
Cama 4: poner brazalete doble					

Comentarios: Reemplazar sensores a los equipos antes mencionados.

Nota: es responsabilidad del Físico, Médico o Técnico a cargo, verificar que el equipo cumple con los parámetros requeridos para tratamientos clínicos

Gustavo Almaraz
Firma Ing.

Fuente Almaraz
Recibido por





Tel.: 809-576-3552 • 849-642-3582
@erodentrd • Santiago, R. D.

ERO DENT S.R.L.

Reporte de Servicios No. 4558

Cliente: Hospital Presidente John F. Kennedy (odontología) Fecha: 05/03/25
Técnico: Roberto Cruz Teléfono: _____
Equipo: silencioso

Descripción del Trabajo	Materiales Utilizados
<i>Se reparo escape agua en el drenaje del sillero y se reparo escape de agua en la batalla de presión</i>	

Total de Materiales Total de Servicio Total a Pagar

[Signature]
ENTREGADO POR

[Signature]
RECIBIDO POR

Nº. Orden de Servicio: 34569		GON: 5255050	
Cliente HOSPITAL PRESIDENTE ESTRELLA UREÑA SANTIAGO		Marca GE HEALTHCARE	Modelo AW Z440 HW 4.7SW
Descripción del Equipo Sistema de Almacenamiento - Workstation		Número Serial Tubo	Número Serial Transductor
Ingeniero de Servicio 1 Alvin Rodriguez Díaz		Ingeniero de Servicio 2 Angel Eduardo Reyes García	

Tipo de Cobertura	Garantía	<input checked="" type="checkbox"/> Contrato Full	<input type="checkbox"/> Contrato MO	<input type="checkbox"/> Sin Contrato	<input type="checkbox"/> Instalación
Falla Reportada	Mantenimiento preventivo de Febrero 2025 (Cotización) Mantenimiento Preventivo 06			Diseño de Ambiente	<input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>

Acción Realizada	Preventiva	<input checked="" type="checkbox"/> Correctiva	<input type="checkbox"/> Instalación	<input type="checkbox"/> Otra	FECHA	HORA
Se realizaron las tareas de mantenimiento preventivo: Revisión del funcionamiento de las aplicaciones, reinicio, limpieza y verificación general. Equipo operativo.					28/Feb/2025	0.5

Nota: Es responsabilidad del Fisico, Médico o Técnico a cargo, verificar que el equipo cumple con los parámetros requeridos para tratamientos clínicos

Fecha de Reparación	Horas de Viaje	Horas regulares	Horas Extras	Horas Totales en Sitio
28/Feb/2025	0	0.5	0	0.5

Partes Utilizadas			
Cant	Numero de Parte	Descripción	Nº Conduce

Fecha	Nombre de Cliente	Firma del Cliente	Firma del Ingeniero de Servicio
28/02/25	Hosp. Dr. Estrella		Alvin R.



REPORTE DE SERVICIO

No. Orden de Servicio	0269		
Cliente	Marca	Modelo	Serial
Hospital Presidente Estrella			
Descripción del Equipo	Horas Flamento	Horas Beam	Total de Impresiones
Ingeniero del Servicio 1	Ingeniero del Servicio 2		

Tipo de Cobertura:	Garantía <input type="checkbox"/>	Contrato Full <input type="checkbox"/>	Contrato MO <input type="checkbox"/>	Sin Contrato <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>
Falla Reportada:				Diseño de Ambiente <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

Acción Realizada:	Preventiva <input type="checkbox"/>	Correctiva <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>	Otros:	
				FECHA	MORA
Reemplazo de bomba de succión y líneas neumáticas				18/02/2024	
- Aspirador Suction Machine SASNC 521-02550					
- Aspirador Yx980D Electric Suction Apparatus					
Serial 521-03811					
- Aspirador Yx980D Electric Suction Apparatus					
Serial 521-03145					

Comentarios: Equipos trabajando correctamente

Nota: es responsabilidad del Físico, Médico o Técnico a cargo, verificar que el equipo cumple con los parametros requeridos para tratamientos clínicos.

Gonzalo Almaraz
Firma Ing.

Kendryck Nery
Recibido por





REPORTE DE SERVICIO

No. Orden de Servicio	0271		
Cliente	Marca	Modelo	Serial
Hospital presidente Estrella			
Descripción del Equipo	Horas Flamento	Horas Beam	Total de Impresiones
			No. Borrado
Ingeniero del Servicio 1	Ingeniero del Servicio 2		

Tipo de Cobertura:	Garantía <input type="checkbox"/>	Contrato Full <input type="checkbox"/>	Contrato MO <input type="checkbox"/>	Sin Contrato <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>
Falla Reportada:				Diseño de Ambiente <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

Acción Realizada:	Preventiva <input type="checkbox"/>	Correctiva <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>	Otros:
				FECHA
Mantenimientos general de ventiladores				19/02/2024
- Ventilador Resvent IHape serial SRSNC 521-03678				
- Ventilador Revent IHape serial SRSNC 521-03694				
- AECMED VG70 serial SRSNC 521-03678				
- AECMED VG70 serial SRSNC 521-03687				

Comentarios: Equipos trabajando correctamente

Nota: es responsabilidad del Físico, Médico o Técnico a cargo, verificar que el equipo cumple con los parametros requeridos para tratamientos clinicos.

Gordon Almonte
Firma Ing.

Kenia Reyes
Recibido por





D'ULLOA
INGENIERÍA BIOMÉDICA, S.R.L.

REPORTE DE MANTENIMIENTO

Fecha de solicitud: <u>28/1/2025</u>	TIPO DE MANTENIMIENTO	
Solicitante: <u>Rayos X</u>	CRITERIO	A= URGENTE
Departamento: <u>UCI</u>		B= ORDINARIO
Máquina y/o equipo: <u>Portatil Toac</u>	MP ___ MC ___ SERVICIO ___	C= PROGRAMABLE
Código: _____	PRIORIDAD A ___ B ___ C ___	
	HORA: _____	

DESCRIPCIÓN DE LA FALLA O EQUIPO

1- Cambio del switch (llave) de
 2- Perdida de fecha y hora (Cambio de batería)
 3- Copia de seguridad (Clonaje) del sistema
 y disco para futura reinstalación



MATERIALES EMPLEADOS O REFACCIONES

CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	NC	\$ UNITARIO

w.ulloa
Realizado por

olo Kenby
Recibido por



D'ULLOA
INGENIERÍA BIOMÉDICA, S.R.L.

REPORTE DE MANTENIMIENTO

Fecha de solicitud: <u>28/1/2024</u> Solicitante: <u>RAYOS X</u> Departamento: <u>Neonatal</u> Máquina y/o equipo: <u>Portátil TOPAZ</u> Código: _____	TIPO DE MANTENIMIENTO CRITERIO A= URGENTE B= ORDINARIO C= PROGRAMABLE MP ___ MC ___ SERVICIO ___ PRIORIDAD A ___ B ___ C ___ HORA: _____
--	---

DESCRIPCIÓN DE LA FALLA O EQUIPO

Copia de seguridad del SOFT
Aplicación/Imágenes
clonados en DISCO



MATERIALES EMPLEADOS O REFACCIONES

CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	\$ UNITARIO

W. C. Lora
Realizado por

D/O Kandy Reyes
Recibido por



D'ULLOA
INGENIERIA BIOMEDICA, S.R.L

REPORTE DE MANTENIMIENTO

Fecha de solicitud: <u>29/1/2025.</u> Solicitante: <u>Rayos X.</u> Departamento: <u>Rayos X.</u> Máquina y/o equipo: <u>SOFT (PACS)</u> Código: _____	TIPO DE MANTENIMIENTO	
	CRITERIO	A= URGENTE B= ORDINARIO C= PROGRAMABLE
	MP ___ MC ___ SERVICIO ___ PRIORIDAD A ___ B ___ C ___ HORA: _____	

DESCRIPCIÓN DE LA FALLA O EQUIPO

No Funciona el PACS
 El software se corrompió de windows.
 se reinstaló con la última versión.



MATERIALES EMPLEADOS O REFACCIONES

CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	\$ UNITARIO

D'ULLOA
Realizado por

D/O Kenley Reyes
Recibido por



D'ULLOA
INGENIERÍA BIOMÉDICA, S.R.L.

REPORTE DE MANTENIMIENTO

Fecha de solicitud: <u>29/1/2005.</u>	TIPO DE MANTENIMIENTO	
Solicitante: <u>R. yos x.</u>	CRITERIO	A= URGENTE
Departamento: <u>Cirugía</u>		B= ORDINARIO
Máquina y/o equipo: <u>Bkuzon C.</u>	MP ___ MC ___ SERVICIO ___	C= PROGRAMABLE
Código: _____	PRIORIDAD A ___ B ___ C ___	
	HORA: _____	

DESCRIPCIÓN DE LA FALLA O EQUIPO

Se Fritza.
Actualización del software de sensores.



MATERIALES EMPLEADOS O REFACCIONES

CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	\$ UNITARIO

W. Ulloa.
Realizado por

Dto Kenyue
Recibido por



D'ULLOA
INGENIERÍA BIOMÉDICA, S.R.L

REPORTE DE MANTENIMIENTO

Fecha de solicitud: <u>24/1/2025.</u> Solicitante: <u>Ragos X.</u> Departamento: <u>Ortopedia</u> Máquina y/o equipo: <u>PACS.</u> Código: _____	TIPO DE MANTENIMIENTO CRITERIO A= URGENTE B= ORDINARIO C= PROGRAMABLE MP ___ MC ___ SERVICIO ___ PRIORIDAD A ___ B ___ C ___ HORA: _____
--	---

DESCRIPCIÓN DE LA FALLA O EQUIPO

Nueva instalación del PACS
Ver las imágenes.

MATERIALES EMPLEADOS O REFACCIONES

CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	UNITARIO



D'ULLOA
Realizado por

o/o Kendry Rey
Recibido por

REPORTE DE SERVICIO



No. Orden de Servicio	0260		
Cliente	Marca	Modelo	Serial
Hospital presidente Estrella Ureña	Advanced		
Descripción del Equipo	Horas Flamento	Horas Beam	Total de Impresiones
Control modo Quirúrgico			No. Borrado
Ingeniero del Servicio 1	Ingeniero del Servicio 2		

Tipo de Cobertura:	Garantía <input type="checkbox"/>	Contrato Full <input type="checkbox"/>	Contrato MO <input type="checkbox"/>	Sin Contrato <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>
Falla Reportada:	Control con problemas			Diseño de Ambiente <input type="checkbox"/>	Otros <input checked="" type="checkbox"/>

Acción Realizada:	Preventiva <input type="checkbox"/>	Correctiva <input checked="" type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>	Otrs:	
				FECHA	MORA
Reemplazo de PLOW de Entrada para Señales.				16/01/25.	

Comentarios: Equipo trabajando correctamente.

Nota: es responsabilidad del Físico, Médico o Técnico a cargo, verificar que el equipo cumple con los parámetros requeridos para tratamientos clínicos.

Gerson Almonte
 Firma Ing.



REPORTE DE SERVICIO

No. Orden de Servicio	0259		
Cliente	Marca	Modelo	Serial
Hospital pres. de la Estrella Ureña	CHIRON		SRS/NC-52105870
Descripción del Equipo	Horas Flamento	Horas Beam	Total de Impresiones
Adquiridas Maternidad			No. Borrado
Ingeniero del Servicio 1	Ingeniero del Servicio 2		

Tipo de Cobertura:	Garantía <input type="checkbox"/>	Contrato Full <input type="checkbox"/>	Contrato MO <input type="checkbox"/>	Sin Contrato <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>	
Falla Reportada:	No Encendido				Diseño de Ambiente <input type="checkbox"/>	Otros <input checked="" type="checkbox"/>

Acción Realizada:	Preventiva <input type="checkbox"/>	Correctiva <input checked="" type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>	Otros:	
				FECHA	MORA
Reemplazo de suches Encendido y mantenimiento en General				16/01/25	

Comentarios: Equipo trabajando correctamente.

Nota: es responsabilidad del Físico, Médico o Técnico a cargo, verificar que el equipo cumple con los parámetros requeridos para tratamientos clínicos.

Gerson Almonte
Firma Ing.



STRIKE ZONE SRL

Suplidor de Medicamentos y Equipos para Clínicas y Hospitales en Gral.
RNC: 131-515193

CONDUCE

ORDEN DE COMPRAS NO.:35936

HOSPITAL PRESIDENTE ESTRELLA UREÑA (IDSS) RNC: 430071153

SANTIAGO, REPUBLICA DOMINICANA

DEPARTAMENTO DE COMPRAS

16/01/2025

PARA PAGOS VIA INTERNET BANKING : CTA BANCO RESERVAS NO:9602928034

FORMA DE PAGO: CREDITO

CANTIDAD	PRESENT	NOMBRE ARTICULO	P/UNIDAD	TOTAL
10	UNIDAD	MANTENIMIENTO MAQUINAS DE ANESTESIA PREVENTIVO SEMESTRE ENERO A JULIO 2025 DETALLES DEL MANTENIMIENTO: 1.- REEMPLAZO DE TUBERIAS EN VIAS INTERNA DEL SISTEMA DE OXIGENO 2.- CHEQUEO DE SENSORES INTERNOS 3.- CALIBRACION DE SENSOR DE FLUJO 4.- OPTIMIZAR Y CALIBRAR SISTEMA DE VENTILACION 5.- LIMPIEZA Y DESINFECCION A VAPOR DE MAQUINA COMPLETA INTERNA Y EXTERNA 6.- SI ES NECESARIO ACTUALIZACION DE SOFTWARE		



D/O *Kendy Reyes*

CALLE SALOME UREÑA No. 1 , SANTO DOMINGO OESTE, DISTRITO NACIONAL
TELEFONO: 829-7711433, 809-449-4844 ,Mail: estrikezonecompany@gmail.com



REPORTE DE SERVICIO

No. Orden de Servicio	0262		
Cliente	Hospital Presidente Estrella	Marca	Modelo
Descripción del Equipo	Horas Flamento	Horas Beam	Total de Impresiones
Ingeniero del Servicio 1	Ingeniero del Servicio 2		

Tipo de Cobertura:	Garantía <input type="checkbox"/>	Contrato Full <input type="checkbox"/>	Contrato MO <input type="checkbox"/>	Sin Contrato <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>
Falla Reportada:				Diseño de Ambiente <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

Acción Realizada:	Preventiva <input type="checkbox"/>	Correctiva <input checked="" type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>	Otros:
				FECHA MORA
-Reparación de electrocauterio, fuente potencial				20/01/25
Marca HV-300A Serial SRSNC 521-04246				
-Reparación de fuente potencial, Zerone Co, Ltd				20/01/25
Serial SRSNC-521-05549				
-Reparación y reemplazo de botonera Frontal y Panel				20/01/25
Electrocauterio HV-300A Serial SRSNC-52104382				

Comentarios: Equipos trabajando correctamente

Nota: es responsabilidad del Físico, Médico o Técnico a cargo, verificar que el equipo cumple con los parámetros requeridos para tratamientos clínicos.

Gerdon Almonte
Firma Ing.

Fuente Almonte
Recibido por





REPORTE DE SERVICIO

No. Orden de Servicio	0265		
Cliente	Marca	Modelo	Serial
Hospital Presidente Estrella			
Descripción del Equipo	Horas Flamento	Horas Beam	Total de Impresiones
Ingeniero del Servicio 1	Ingeniero del Servicio 2		

Tipo de Cobertura:	Garantía <input type="checkbox"/>	Contrato Full <input type="checkbox"/>	Contrato MO <input type="checkbox"/>	Sin Contrato <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>	
Falla Reportada:					Diseño de Ambiente <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

Acción Realizada:	Preventiva <input type="checkbox"/>	Correctiva <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>	Otros:
				FECHA MORA
Reemplazo switcher encendido y mantenimiento general de Aspirador portátil marca Cheiron serial SRSNC 521-05870				30/01/25
Reparación de control Advanced para mesa Quirúrgica - Reemplazo de corrector de señales				30/01/25

Comentarios: Equipos trabajando correctamente

Nota: es responsabilidad del Físico, Médico o Técnico a cargo, verificar que el equipo cumple con los parámetros requeridos para tratamientos clínicos.

Gerdson Almonte
Firma Ing.

Luette Almonte
Recibido por



No. Orden de Servicio	0266		
Cliente	Marca	Modelo	Serial
Hospital presidente Estrella			
Descripción del Equipo	Horas Filamento	Horas Beam	Total de Impresiones
No. Borrado			
Ingeniero del Servicio 1	Ingeniero del Servicio 2		

Tipo de Cobertura:	Garantía <input type="checkbox"/>	Contrato Full <input type="checkbox"/>	Contrato MO <input type="checkbox"/>	Sin Contrato <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>
Falla Reportada:	Diseño de Ambiente <input type="checkbox"/>			Otros <input type="checkbox"/>	

Acción Realizada:	Preventiva <input type="checkbox"/>	Correctiva <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>	Otros:	
				FECHA	MORA
Reparación de fuente potencial de Electrocauterio				30/01/25	
Marca HV-300A, Serial SRSNC 521-04246					
Reparación de fuente potencial de Electrocauterio				30/01/25	
Marca Zerore COL, LTD. Serial SRSNC 521-05549					
Reemplazo de botonera frontal y Panel				30/01/25	
Electrocauterio HV-300A. Serial SRSNC-521-04382					
Comentarios:					
Nota: es responsabilidad del Físico, Médico o Técnico a cargo, verificar que el equipo cumple con los parametros requeridos para tratamientos clínicos.					

Gordon Almonte
Firma Ing.

Ivette Ahumada
Recibido por



Subindicador 5.1.7

La Organización Mantener las normativas, protocolos y requisitos de la Habilitación de nuestro centro hospitalario: La Habilitación esta vencida desde el 25 de Abril 2025. Nuestra institución se encuentra trabajando la obtener la Certificación de Habilitación.



Subindicadores 6.1.2 y 7.1.2

Medición de Percepción: Continuamos impartiendo las capacitaciones a nuestro colaborados para eficientizar nuestros servicios para todo el usuario que lo demande, continuando a eso realizamos en nuestra institución la Encuesta de Clima Laboral identificando las necesidades y mejorando la satisfacción y el compromiso lo cual impulsa el rendimiento y la innovación.

04.02 Índice de Satisfacción de Usuarios	Objetivo Logrado	Informe de Satisfacción de Usuarios-SNS-Hosp. Regional Presidente Estrella Ureña- 2do Periodo 2024.pdf	30/06/2025		96.00%
--	------------------	--	------------	---	--------

SISMAP Salud v1.0 - Todos los derechos reservados © 2019 - 2025. Ministerio de Administración Pública (MAP).
Av. 27 de Febrero No. 419, sector El Millón II.
Santo Domingo, República Dominicana.

CARTERA DE SERVICIO

<p>CONSULTAS EXTERNA</p> <p>CARDIOLOGIA DERMATOLOGIA ENDOCRINOLOGIA FISIATRIA Y REHABILITACION GASTROENTEROLOGIA GERIATRIA GINECOLOGIA GINECOLOGIA-ONCOLOGIA OBSTETRICIA MATERNIDAD FETAL HEMATOLOGIA INFECTOLOGIA MEDICINA INTERNA NEFROLOGIA NEUMOLOGIA NEUROLOGIA NUTRICION OFALMOLOGIA ONCOLOGIA CLINICA ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA OTORRINOLARINGOLOGIA NEUROCIRUGIA PERINATOLOGIA Y NEONATOLOGIA PSICOLOGIA REUMATOLOGIA UROLOGIA CARDIOVASCULAR ANESTESIOLOGIA PSQUIATRIA CIRUGIA PLASTICA</p>	<p>SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN</p> <p>HOSPITALIZACIÓN GENERAL UCI ADULTO UCI NEONATAL</p>	<p>SERVICIOS</p> <p>CIRUGIA GENERAL CIRUGIA GINECOLOGICA Y OBSTETRICIA CIRUGIA MAXILOFACIAL CIRUGIA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGICA CIRUGIA UROLOGIA CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA NEUROCIRUGIA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS ATENCIÓN DE URGENCIAS CISTOSCOPIA ANOSCOPIA</p>	<p>SERVICIOS CENTRALES</p> <p>PATOLOGIA HEMODIALISIS TERAPIA AMBULATORIA CURA Y SUTURA</p>	<p>SERVICIOS DE ODONTOLOGIA</p> <p>CONSULTA ODONTOLÓGICA GENERAL ENDODONCIA ODONTOLOGIA GENERAL ORTODONCIA PERIODONCIA DETARTRAE GINGIVAL PROFILAXIS DENTAL EXODONCIAS (DIENTES DECIDUOS Y PERMANENTES) PRÓTESIS REMOVIBLES PRÓTESIS TOTAL PRÓTESIS FIJA RAYOS X PERAPICAL</p>
---	---	--	---	---

SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO Y BANCO DE SANGRE

- BACTERIOLOGIA
- HEMATOLOGIA
- INMUNOLOGIA CLINICA
- MICROBIOLOGIA
- PARASTOLOGIA
- QUÍMICA SANGUINEA
- SEROLOGÍA

SERVICIO DE SANGRE Y HEMODERIVADO

UROANALISIS

VIROLOGÍA

PROGRAMAS

- AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI-VACUNAS)
- SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, PLANIFICACION
- INFORMACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES
- DETECCION DE CANCER CERVICO-UTERINO (CACU)
- TUBERCULOSIS
- SERVICIOS DE ATENCION INTEGRAL DEL ADOLESCENTE
- SERVICIOS DE ATENCION INTEGRAL (SAI)

RAYOS X (ESTUDIOS ESPECIALES)

- ESOFAGOGRAMA
- SERIE GASTRODUODENAL
- UROGRAFIA
- COLANGIOGRAFIA POR TUBO EN T
- CISTOGRAFIA DE RELLENO
- CISTOGRAFIA MICCIONAL
- FISTULOGRAMA
- TRANSITO INTESTINAL
- COLON BARRITADO

RAYOS X (RADIOGRAFIAS)

RADIOGRAFIA CRÁNEO AP Y LATERAL
 RADIOGRAFIA MASTOIDES

RADIOGRAFIA MAXILAR INFERIOR (MANDIBULAR) AP Y LATERAL Y OBLICUA

RADIOGRAFIA HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ AP Y LATERAL

RADIOGRAFIA SENOS PARAMASALES
 RADIOGRAFIA CALDEWELL, WATER Y LATERAL

RADIOGRAFIA CAVUM FARINGEO LATERAL Y BOCA ABIERTA

RADIOGRAFIA COLUMNA CERVICAL AP Y LATERAL

RADIOGRAFIA COLUMNA CERVICAL DINAMICA

RADIOGRAFIA COLUMNA DORSAL AP Y LATERAL

RADIOGRAFIA COLUMNA LUMBAR AP Y LATERAL

RADIOGRAFIA COLUMNA LUMBAR DORSAL BENDIG

RADIOGRAFIA COLUMNA LUMBAR AP Y LATERAL

RADIOGRAFIA COLUMNA LUMBAR DINAMICA

RADIOGRAFIA CLAVICULA AP Y LATERAL

RADIOGRAFIA HOMBRO AP Y LATERAL

RADIOGRAFIA HUMERO AP Y LATERAL

RADIOGRAFIA CODO AP Y LATERAL

RADIOGRAFIA ANTEBRAZO AP Y LATERAL

RADIOGRAFIA MUÑEC AP Y LATERAL

RADIOGRAFIA MANO AP Y OBLICUA

RADIOGRAFIA PELVIS AP

RADIOGRAFIA PELVIS AP Y RANA

RADIOGRAFIA FÉMUR AP Y LATERAL

RADIOGRAFIA RODILLA AP Y LATERAL

RADIOGRAFIA TIBIA Y PERONÉ AP Y LATERAL

RADIOGRAFIA TOBILLO AP Y LATERAL

RADIOGRAFIA PIE AP Y OBLICUA

RADIOGRAFIA DE CADERA AP Y OBLICUA

RADIOGRAFIA RODILLAS EN 360-60-90

RADIOGRAFIA HOMBRO ROTACIÓN EXT-INT Y AXIAL

RADIOGRAFIA EDAD OSEA

RADIOGRAFIA SERIE OSEA

RADIOGRAFIA TÓRAX COSTILLAS Y LATERAL

RADIOGRAFIA TÓRAX AP

RADIOGRAFIA TÓRAX PA

RADIOGRAFIA TÓRAX PA

RADIOGRAFIA DE ABDOMEN

RADIOGRAFIA DE ABDOMEN EN DECLIBITO

RADIOGRAFIA DE CALCÁNEO AP

RADIOGRAFIA DE VISTA TANGENCIAL

RADIOGRAFIA HIPOFISIS

RADIOGRAFIA SILLA TURCA

TOMOGRAFIA

TOMOGRAFIA DE CRÁNEO CON Y SIN CONTRASTE

TOMOGRAFIA DE TÓRAX CON Y SIN CONTRASTE

TOMOGRAFIA DE ABDOMEN CON Y SIN CONTRASTE

TOMOGRAFIA DE MIEMBROS SUPERIORES

TOMOGRAFIA DE MIEMBROS INFERIORES

TOMOGRAFIA DE PELVIS CON Y SIN CONTRASTE

TOMOGRAFIA CON RECONSTRUCCIÓN 3D

TOMOGRAFIA DE HIPÓFISIS

TOMOGRAFIA DE SENOS PARAMASALES

TOMOGRAFIA DE MASTOIDE/OIDOS

TOMOGRAFIA DE ORBITAS

TOMOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL

TOMOGRAFIA DE COLUMNA DORSAL

TOMOGRAFIA DE COLUMNA LUMBAR

TOMOGRAFIA DE CODO

TOMOGRAFIA DE RODILLA

TOMOGRAFIA DE PIE

ESTUDIOS ESPECIALES

ANGIOTOMOGRAFIA DE CRÁNEO

ANGIOGRAFIA CEREBRAL

MAMOGRAFIA

MAMOGRAFIA BILATERAL

MAMOGRAFIA UNILATERAL

MAGNIFICACIÓN

ARCO EN C

RADIOGRAFIAS SIMPLES

CARDIOLOGÍA NO INVASIVA
ELECTROCARDIOGRAMA
ECOCARDIOGRAMA TRANS TORÁCICO
ECOCARDIOGRAMA TRANS ESOFÁGICO
ECOCARDIOGRAMA CON DOBUTAMINA
ECOCARDIOGRAMA STRESS EJERCICIO
ECOCARDIOGRAMA CONTRASTE
PRUEBA DE ESFUERZO
HOLTER AMBULATORIO
M.A.P.A AMBULATORIO

IMÁGENES (SONOGRAFÍA GENERAL)
SONOGRAFÍA ABDOMINAL
SONOGRAFÍA OBSTÉTRICAS
SONOGRAFÍA DE PARTES BLANDAS
SONOGRAFÍA DE TIROIDES
SONOGRAFÍAS GINECOLÓGICAS: PÉLVICAS Y TRANSVAGINAL
SONOGRAFÍA SUPRAPUBICAS
SONOGRAFÍA UROLÓGICAS: VEJIGA, TESTICULAR Y PROSTATA
SONOMAMMOGRAFÍAS
SONOGRAFÍA MÚSCULOESQUELÉTICO
DOPPLER
SONOGRAFÍA TRANSFRONTALAR

IMÁGENES (MATERNO FETAL)
SONOEMBRIOLOGÍA
SONOGRAFÍA DE LAS 11-13,6 SEMANAS
SONOGRAFÍA MORFOLÓGICA DE LAS 18-24 SEMANAS
BIOMETRÍA BÁSICA
PERFIL HEMODINÁMICO
PERFIL BIOFÍSICO
PERFIL BIOFÍSICO INTEGRAL
ECOCARDIOGRAFÍA BÁSICA FETAL
NEUROSONOGRAFÍA BÁSICA FETAL
CERVICOMETRÍA

Subindicador 6.1.6

Medición de Percepción (Ajuste a la Cartera de Servicio): Trabajando para lograr la Habilitación Hospitalaria, se ha actualizado la Cartera de Servicio según los cambios realizados en nuestra institución con los nuevos servicios a ofrecer.

Subindicador 7.1.2

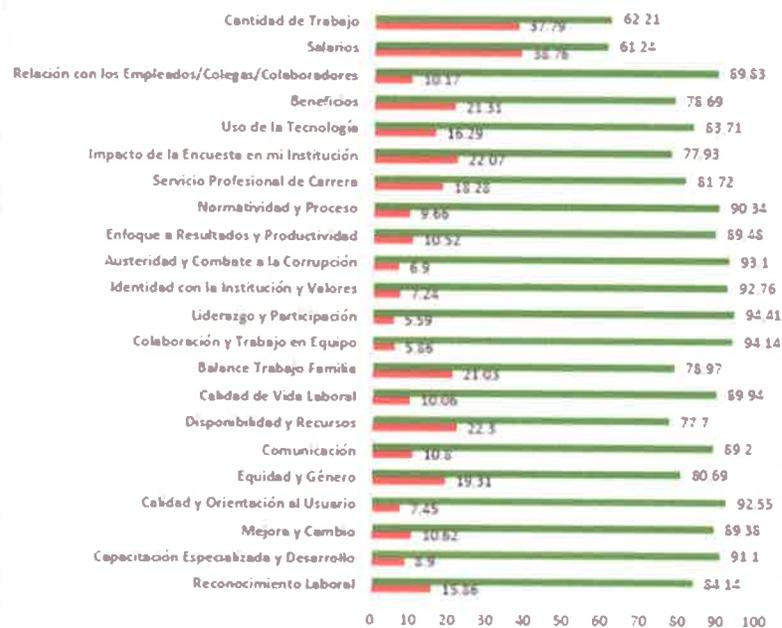
Mediciones de la percepción: La encuesta de Clima que utilizamos fue desarrollada tomando en cuenta los factores organizacionales que pueden influir en el comportamiento de los/las colaboradores/as, los cuales lo dividimos en 22 dimensiones o factores y 91 premisas/afirmaciones que se pueden visualizar a través del Sistema de Encuesta de Clima en la Administración Pública (SECAP).



SECCIÓN IV ANÁLISIS DE LOS DATOS EN FUNCIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE ENCUESTA DE CLIMA Y CULTURA ORGANIZACIONAL

INTERPRETACIÓN DE DATA POR DIMENSIONES:

Resultado General



Nivel de Satisfacción General

