

FECHA: 27/05/2024

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 mayo 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 5 reportes de incidencias tecnológicas atendidas y debidamente reportadas este mes, las mismas están divididas en 5 reportes individuales por cada incidencia reportada.

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

- RELLENO DE TINTA
- RESETEO DE IMPRESORA
- ESTABLECIMIENTO DE INTERNET
- LEVANTAMIENTO DE RED E INSTALACION

Cada una de estas incidencias reportadas fue atendida con oportunidad.

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.

S/o Carofuica S.P.

Elaborado por
(Nombre y apellido)





SAN MIGUEL & CÍA, S.R.L.

PLANTAS ELÉCTRICAS // ASCENSORES & ESCALERAS MITSUBISHI

Factura

NCF
Valido Hasta
No. Documento
Condiciones

E450000000050
31/12/25
100130974
30 dias

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

DATOS DEL CLIENTE

Fecha 01/05/2024
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 MAYO 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



Código de Seguridad: UcQ/BM
Fecha de firma Digital: 01-05-2024

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







SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

FECHA DE ADQUISICIÓN: 24-05-2

LUGAR DE RECEPCIÓN:

TIPO DE ADQUISICIÓN:

Administración

NO.	CÓDIGO DE ACTIVO FIJO	DESCRIPCIÓN DEL ACTIVO	MARCA	MODELO	SERIE	COLOR	TIPO DE BIEN	SUPLIDOR	PROCESO	NO. CO
1	440.04627	Computador	ELITE	BOEWM	2001	CAOBA				652
2	440.04628	Impresora	OFFICE	RT-008	5863	NEGRA				
3										
4										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										



Fredy...
REPRESENTANTE DE ACTIVO FIJO

OBSERVACIONES:

RNC 1-17-01312-3

Fecha (Date): 2024-05-24

Cotización (Quotation) #: 65973-1548

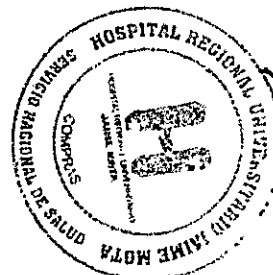
Cliente (Customer) ID: 471

COPYCENTRO SHADDAY SRL
ALTA TECNOLOGIA

Cliente (Client)	HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA Y/O SEGURIDAD SO	Enviar a (Ship to)
Dirección (Address)		Dirección (Address)
Ciudad (City)	BARAHONA	Ciudad (City)
País (Country)	República Dominicana	País (Country)
Teléfono (Phone)	809-524-2586 EXT. 222	Teléfono (Phone)
Fax (Fax)	EXT 243 ANA FRANCIS	Fax (Fax)
Mail (Mail)	nin 829-259-7836	Mail (Mail)
RNC	430038415	

Envío (Shipping)	Terminos de Envío (Shipping Terms)	Representante	Fecha de Entrega (Delivery Date)
------------------	------------------------------------	---------------	----------------------------------

Item	Cantidad (Qty)	Código (Code)	Descripción (Description)	Precio Unitario (Unit Price)	ITBIS (Taxes)	Total (Total Price)
1	1.00	S863/RT-008	SILLA P/SECRETARIA RT-008 PIEL NEGRA S863	9,872.88	1,777.12	11,650.00
2	1.00	B00020001-C/B0002000-D	DESCRITORIO P/OFICINA MARRON/CAOBA ELITE B00020001-	8,360.17	1,504.83	9,865.00



Subtotal	18,233.05
Descuento 0.00%	0.00
ITBIS	3,281.95
Total RDS	21,515.00

PRECIOS SUJETOS A CAMBIOS

1. Queda entendido que esta de acuerdo con los precios, términos, forma de envío y especificaciones mas arriba descritas.

(Enter this order in accordance with the prices, terms, delivery method, and specifications listed above.)

2. Envie toda la correspondencia a:

(Send all correspondence to:)

COPYCENTRO SHADDAY SRL

[Signature]
 Autorizado por
 (Authorized by)

[Signature]
 Recibido por
 (Received by)

Fecha
 (Date)

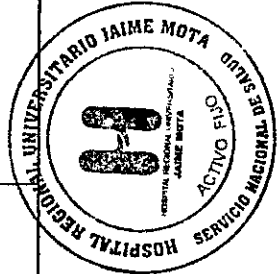
FECHA DE ADQUISICIÓN: 09-05-2024

R DE RECEPCIÓN:

DE ADQUISICIÓN:

Emergencia

CÓDIGO DE ACTIVO FIJO	DESCRIPCIÓN DEL ACTIVO	MARCA	MODELO	SERIE	COLOR	TIPO DE BIEN	SUPLIDOR	PROCESO	NO. CONDUCE
440-04622	Nebulizador port	N/A	CPB022	EX022	Blanco				609
440-04623	Nebulizador port	N/A	CPB022	EX022	Blanco				4
440-04626	Nebulizador port	N/A	CPB022	EX022	Blanco				4
440-04624	Nebulizador	VERSYM	N/A	N/A	Blanco				11624
440-04625	Nebulizador	VERSYM	N/A	N/A	Blanco				4



[Signature]
REPRESENTANTE DE ACTIVO FIJO

VACIONES:



EXPRESS SERVICE CONSERG EXSERCON,SRL

RNC 131-48045-4

Av. Rep. de Colombia, Plaza Maritza, Local No. 3. - Santo Domingo

Norte

(809)466-5365/809-435-2237

exerconsrl@gmail.com

Cotización
No. 609

SEÑOR(ES) HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA
DIRECCIÓN Av. Casandra Damirón 100, Barahona 81000
CIUDAD
TELÉFONO 809-524-2586

RNC 430038415

FECHA DE EXPEDICIÓN
09/05/2024
FECHA DE VENCIMIENTO
08/07/2024

Ítem	Precio	Cantidad	Descuento	Impuesto	Subtotal
NEBULIZADORES PORTATILES	RDS7,500 00	3.00	0.00%	RDS4,050.00	RDS22,



Patricia A

Subtotal	RDS22,5
ITBIS (18.00%)	RDS4,0
Total	RDS26,5

HEFCOM008

VAL-KAMED PHARMA, SRL

Sucursal : PRINCIPAL

C/1ra. #4, Los Restauradores, Sto. Dgo. Oeste, R.D.
Tel.: 809-622-0495 * RNC : 131049682

Pag.: 1 de 1

Usr:MSANCHEZ

Cotizacion No.: 11624

Fecha : 09-05-2024

Vendedor: ADMINISTRACION

Contacto:

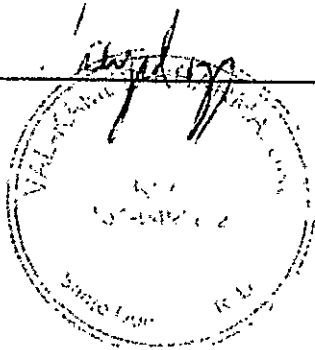
Cliente: 1 140 RNC: 430038415
HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA
BARAHONA
809-524-2971

Ord/Cli.:
F/Orden:

Sec	Cod/Art	Nombre Articulo	Cant.	Prc Und	ITBIS	Valor
1	5124	NEBULIZADOR JERSYMED DOS SALIDAS	2.00	32,900.00	11,844.00	65,800.00
Subtotal						65,800.00
ITBIS						11,844.00
Neto						77,644.00

Entregado por:

Recibido por:





Plan de Mantenimiento Preventivo

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

Fecha: 22/05/2024

Ficha No: _____

Datos del Equipo

Nombre: LAMPARAS, TOMA CORRIENTES E INTERRUPTORES

Marca: _____ Modelo: _____

Serie: _____

Ubicación: PREPARTO Inventario No. _____

Periodo: 4M 6M 12M Otro: SEMESTRAL

Notas:
VERIFICACION DEL ESTADO DE LAS LAMPARAS, LOS TOMACORRIENTES Y LOS INTERRUPTORES Y CAMBIAR LOS DAÑADOS

Descripción de Acciones

Inspección Física
Revisión Operacional
Verificación Autodiagnóstico

Otras acciones:

Materiales Utilizados

OBSERCAION . LAMPARAS, TOMA CORRIENTES E INTERRUPTORES

Condición Final



✓ ×



se cambiaron las lamparas los tomacorrientes y los interruptores que no estaba Funcionando correctamente dejando todos funcionando y el área correctamente iluminada

Berry Y Rey

Linda Feliz

Nombre del Electromédico _____

Encargado de Área _____

Fecha: 23/05/2024

Ficha No: _____

Datos del Equipo

Nombre: LAMPARAS, TOMA CORRIENTES E INTERRUPTORES

Marca: _____ **Modelo:** _____

Serie: _____

Ubicación: POSTQUIRURGICO SALA **Inventario No.** _____

Periodo: 4M 6M 12M **Otro:** SEMESTRAL

Notas:
VERIFICACION DEL ESTADO DE LAS LAMPARAS, LOS TOMACORRIENTES Y LOS INTERRUPTORES Y CAMBIAR LOS DAÑADOS

Descripción de Acciones

Inspección Física
Revisión Operacional
Verificación Autodiagnóstico

Otras acciones:

Materiales Utilizados

OBSERVACION . LAMPARAS. TOMA CORRIENTES E INTERRUPTORES

Condición Final



✓ ✗



se cambiaron las lampara los tomacorrientes y los interruptores que no estaba funcionando correctamente dejando todos funcionando y el área correctamente iluminada

Dennis y pers

Linda Feliz

Nombre del Electromédico

Encargado de Área



Plan de Mantenimiento Preventivo

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

Fecha: 22/05/2024

Ficha No: _____

Datos del Equipo

Nombre: LAMPARAS, TOMA CORRIENTES E INTERRUPTORES

Marca: _____ Modelo: _____

Serie: _____

Ubicación: POST-PARTO Inventario No. _____

Periodo: 4M 6M 12M Otro: SEMESTRAL

Notas:
VERIFICACION DEL ESTADO DE LAS LAMPARAS, LOS TOMACORRIENTES Y LOS INTERRUPTORES Y CAMBIAR LOS DAÑADOS

Descripción de Acciones

Inspección Física
Revisión Operacional
Verificación Autodiagnóstico

Otras acciones:

Materiales Utilizados

OBSERVACION . LAMPARAS. TOMA CORRIENTES E INTERRUPTORES

Condición Final ✓ ✗

se cambiaron las lampara los tomacorrientes y los interruptores que no estaba funcionando correctamente dejando todos funcionando y el área correctamente iluminada

Benny Lopez
Nombre del Electromédico

donde Feliz
Encargado de Área





Fecha: 22/05/2024

Ficha No: _____

Datos del Equipo

Nombre: LAMPARAS, TOMA CORRIENTES E INTERRUPTORES

Marca: _____ **Modelo:** _____

Serie: _____

Ubicación: POSTQUIRURGICO ESTACION **Inventario No.** _____

Periodo: 4M 6M 12M **Otro:** SEMESTRAL

Notas:
VERIFICACION DEL ESTADO DE LAS LAMPARAS, LOS TOMACORRIENTES Y LOS INTERRUPTORES Y CAMBIAR LOS DAÑADOS

Descripción de Acciones

Inspección Física
Revisión Operacional
Verificación Autodiagnóstico

Otras acciones:

Materiales Utilizados

OBSERVACION . LAMPARAS, TOMA CORRIENTES E INTERRUPTORES

Condición Final

se cambiaron las lampara los tomacorrientes y los interruptores que no estaba funcionando correctamente dejando todos funcionando y el área correctamente iluminada

Nombre del Electromédico

Encargado de Área

Fecha: 22/05/2024

Ficha No: _____

Datos del Equipo

Nombre: LAMPARAS, TOMA CORRIENTES E INTERRUPTORES

Marca: _____ **Modelo:** _____

Serie: _____

Ubicación: POSTQUIRURGICO ESTACION DE ENFERMERIA **Inventario No.** _____

Periodo: 4M 6M 12M **Otro:** SEMESTRAL

Notas:
VERIFICACION DEL ESTADO DE LAS LAMPARAS, LOS TOMACORRIENTES Y LOS INTERRUPTORES Y CAMBIAR LOS DAÑADOS

Descripción de Acciones

Inspección Física
Revisión Operacional
Verificación Autodiagnóstico

Otras acciones:

Materiales Utilizados

OBSERVACION . LAMPARAS. TOMA CORRIENTES E INTERRUPTORES

Condición Final

se cambiaron las lamparas los tomacorrientes y los interruptores que no estaba funcionando correctamente dejando todos funcionando y el área correctamente iluminada.

Berny J. Pizarro

Gerardo Feliz

Nombre del Electromédico

Encargado de Área



Fecha: 23/05/2024

Ficha No: _____

Datos del Equipo

Nombre: LAMPARAS, TOMA CORRIENTES E INTERRUPTORES

Marca: _____ **Modelo:** _____

Serie: _____

Ubicación: POSTQUIRURGICO SALA **Inventario No.** _____

Periodo: 4M 6M 12M **Otro:** SEMESTRAL

Notas:
VERIFICACION DEL ESTADO DE LAS LAMPARAS, LOS TOMACORRIENTES Y LOS INTERRUPTORES Y CAMBIAR LOS DAÑADOS

Descripción de Acciones

Inspección Física
Revisión Operacional
Verificación Autodiagnóstico

Otras acciones:

Materiales Utilizados

OBSERVACION . LAMPARAS. TOMA CORRIENTES E INTERRUPTORES

Condición Final



se cambiaron las lamparas los tomacorrientes y los interruptores que no estaba funcionando correctamente dejando todos funcionando y el área correctamente iluminada

Benny J. Rey

José Félix

Nombre del Electromédico

Encargado de Área

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 17/05/2021
 Nombre: Laboratorio
 Usuario: Francisco Felix Nomenclatura de Equipo: _____
 Departamento: _____ Extensión: _____

Tipo de Equipo:

- Computadora de Escritorio
- Laptop
- Impresora

Configuración de Hardware					
CPU		Monitor			
Marca		Marca			
Modelo		Modelo			
Serio o Service Tag		Serial o Service Tag			
Código Activo Fijo		Código Activo Fijo			
Procesador (Velocidad Modelo/Generación)		Tamaño			
Memoria RAM					
Disco Duro (Capacidad)					
Tarjeta WIFI					
Configuración de Software					
Sistema Operativo					
Antivirus Instalado					
Paquete de Office					
Actualización					
Observaciones					
Mantenimiento Preventivo	Fecha de Ingreso	Día	Mes	Año	Hora
	1.	17	05	2021	
	2.	Reellenado de tinta			
	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: 02/05/2021
 Nombre: Laboratorio
 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					
	Fecha de Ingreso	Día	Mes	Año	Hora
			02	05	
Mantenimiento Preventivo	1.	Resetas de impresora			
	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: 13/05/2024
 Nombre: Francisco Javier Forabala Sacral
 Usuario: Francisco Forabala Nomenclatura de Equipo: _____
 Departamento: _____ Extensión: _____

Tipo de Equipo:

- Computadora de Escritorio
- Laptop
- Impresora

Configuración de Hardware					
CPU			Monitor		
Marca			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.	13	05	2024	
	2.	Establecimiento de internet			
	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: 11/05/2021
 Nombre: Atencion A 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			
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>Entrenamiento de Fed</u>				
	2.				
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
Fecha de Salida	Día	Mes	Año	Hora	

[Signature]
Firma de Técnico



[Signature]
Firma del Usuario





SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

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

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 29/05/2024
 Nombre: [Handwritten]
 Usuario: [Handwritten] Nomenclatura de Equipo: _____
 Departamento: _____ Extensión: _____

Tipo de Equipo:

- Computadora de Escritorio
- Laptop
- Impresora

Configuración de Hardware		Monitor			
CPU					
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
		29	05	2024	
	1.	Enrutamiento de red			
	2.	[Handwritten]			
	3.	[Handwritten]			
	4.	[Handwritten]			
5.					
6.	Fecha de Salida	Día	Mes	Año	Hora

[Handwritten Signature]
Firma de Técnico



[Handwritten Signature]
Firma del Usuario





SEGUIMIENTO MENSUAL A PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO HOSPITAL REGIONAL Y UNIVERSITARIO JAIME MOTI
(Fecha: 30-mayo-2024)

Plan de Mantenimiento Preventivo / Correctivo

XXX-FO-XXX Versión: 01

Fecha de aprobación: 4/05/2021

Instalación / Maquinaria	Parametros del equipo a realizar mantenimiento.	Descripción actividad a Realizar	Mantenimiento Preventivo o Correctivo	Periodicidad para Revisión	Ultimo Mantenimiento	Proximo Mantenimiento	Mes de Ejecución del Mantenimiento												Observaciones				
							Ene	Feb	Mar	Abri	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic					
Computadora de Escritorio	Realizar mantenimiento.	1. Parte interna del CPU. 2. Monitor. 3. Teclado. 4. Mouse	limpieza de componentes con aire comprimido	preventivo y correctivo	mensual	27/5/2024	27/6/2024																anexo informe y formularios de mantenimientos
Impresora Epson		1. Parte interna del equipo. 2. Limpieza de almohadillas. 3. Mantenimiento interno del sistema (limpieza y alineación de cabezales)	prellenado de tinta. 2. Limpieza de almohadillas. 3. Mantenimiento interno del sistema (limpieza y alineación de cabezales)	preventivo y correctivo	mensual	27/5/2024	27/6/2024																anexo factura de la empresa asanmiquel encargada de dichos mantenimientos
ASCENSOR IMCALIFT-CELSUS EASY P5 (1125KG) 2 S/O (DOBLE ENTRADA 3 S/O)		ASCENSORES	ASCENSORES	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	mensual	1/9/2024	1/6/2024																anexo factura de la empresa asanmiquel encargada de dichos mantenimientos
UNIDAD DE HEMODIALISIS		EQUIPOS DE LA UNIDAD	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	mensual	25/5/2024	28/6/2024																	carta de pago al tecnico contratado para tales fines
LAMPARA, TOMA CORRIENTE E INTERRUPTOR		VER ESTADO DE UTILIDAD	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	TRIMESTRAL	22/5/2024	22/11/2024																	POST-QUIERREGIO (ESTACION) reporte
LAMPARA, TOMA CORRIENTE E INTERRUPTOR		ver estado de unidades y cambiar las dñadas	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	22/5/2024	22/11/2024																	PRE- PARTO reporte
LAMPARA, TOMA CORRIENTE E INTERRUPTOR		VER ESTADO DE UTILIDAD	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	22/5/2024	22/11/2024																	POST-PARTO reporte
LAMPARA, TOMA CORRIENTE E INTERRUPTOR		VER ESTADO DE UTILIDAD	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	22/5/2024	22/11/2024																	POST-PARTO ESTACION DE ENFERMERIA) REPORTE
INTERROTORES PARA LOS MONITORES		VER ESTADO DE UTILIDAD	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	anual	23/5/2024	23/11/2024																	POST-QUIERREGIO (SALA) REPORTE

