



SEGUIMIENTO MENSUAL A PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO HOSPITAL REGIONAL Y UNIVE
(Fecha: 30-abril-2024.)

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

Instalación / Maquinaria	Elementos del equipo a realizar	Descripción Actividad a Realizar	Mantenimiento Preventivo o Correctivo	Periodicidad para Revisión	Último Mantenimiento	Próximo Mantenimiento	Mes de Ejecución del Mantenimiento												Observaciones								
							Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic									
Computadora de Escritorio	Mantenimiento	1. Parte interna del CPU. 2. Monitor. 3. Teclado. 4. Mouse	limpieza de componentes con aire comprimido	preventivo y correctivo	mensual	26/4/2024	26/5/2024																				anexo informe y formularios demantamientos
Impresora Epson		1. Parte interna del equipo. 2. Limpieza de almohadillas. 3. Mantenimiento interno del sistema (limpieza y alineación de cabezales)	preventivo y correctivo	mensual	26/4/2024	26/5/2024																					anexo factura de la empresa sanmiguel encargada de dichos mantimientos
ASCENSOR IMCALIFT-CELSUS EASY P15 (125KG) 2 S/O (DOBLE ENTRADA)	EXTERNO	ASCENSORES	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	mensual	1/4/2024	1/5/2024																					anexo factura de la empresa sanmiguel encargada de dichos mantimientos
ASCENSOR IMCALIFT-CELSUS EASY P15 (125KG) 3 S/O	EXTERNO	ASCENSORES	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	mensual	1/4/2024	1/5/2024																					anexo factura de la empresa sanmiguel encargada de dichos mantimientos
UNIDAD DE HEMODIALISIS	EXTERNO	EQUIPOS DE LA UNIDAD	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	mensual	23/4/2024	23/5/2024																					carta de pago al leonico contratado para tales fines
LAMPARA, TOMA CORRIENTE E INTERRUPTOR	INTERNO	VER ESTADO DE UTILIDAD	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	TRIMESTRAL	23/4/2024	23/7/2024																					PREQUIRIRIENCO ESTACION (fotos y reporte)
LAMPARA, TOMA CORRIENTE E INTERRUPTOR	INTERNO	VER ESTADO DE UTILIDAD	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	23/4/2024	23/10/2024																					DCI (TRABAJADO LIMPIO) (fotos y reporte)
LAMPARA, TOMA CORRIENTE E INTERRUPTOR	INTERNO	VER ESTADO DE UTILIDAD	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	23/4/2024	23/10/2024																					DCI (TRABAJADO SUCIO) (fotos y reporte)
LAMPARA, TOMA CORRIENTE E INTERRUPTOR	INTERNO	VER ESTADO DE UTILIDAD	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	23/4/2024	23/10/2024																					DCI (ESTACION DE ENTRENAMIENTO) (fotos y reporte)
LAMPARA, TOMA CORRIENTE E INTERRUPTOR	INTERNO	VER ESTADO DE UTILIDAD	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	23/4/2024	23/10/2024																					DCI (PASILLO) (fotos y reporte)
LAMPARA, TOMA CORRIENTE E INTERRUPTOR	INTERNO	VER ESTADO DE UTILIDAD	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	23/4/2024	23/10/2024																					CUBIERTOS DE DCI (fotos y reporte)
LAMPARA, TOMA CORRIENTE E INTERRUPTOR	INTERNO	VER ESTADO DE UTILIDAD	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	23/4/2024	23/10/2024																					QUIROFANO I (fotos y reporte)
planta y bomba de hemodialisis	externo	chequeo de funcionalidad	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	1/4/2024	1/10/2024																					factura de orgenigma y soluciones ROMERAN
FUNGICION DE LAS AREAS	EXTERNO	FUNGICION DE LAS AREAS CLINICAS Y QUIRURGICAS	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	22/4/2024	22/10/2024																					FOTOS E INFORME



VENTILADORES	EXTERNO	VENTILADORES FUNCIONANDO CORRECTAMENTE	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	24/1/2024	24/7/2024														INFORME DE LA ÚLTIMA REVISIÓN
SENSORES DE RESPUESTAS	INTERNO	SENSORES FUNCIONANDO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	24/1/2024	24/7/2024														INFORME DE LA ÚLTIMA REVISIÓN
AIRE MEDICO	INTERNO	AIRE MEDICO FUNCIONANDO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	CUATRIMESTRAL																PENDIENTE
EQUIPOS DE ECOCARDIOGRAMA Y SONOGRAFIA		VER ESTADO DE LA UNIDAD	MANTENIMIENTO PREVENTIVO	SEMESTRAL	26/4/2024	26/10/2024														REPORTE DE DNS EXAMINACION SMI



FECHA: 26/04/2024

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 abril 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 de abril, las mismas están divididas en 5 reportes individuales por cada incidencia reportada.

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

- Conflicto de dirección IP
- Instalación de power supply
- Mantenimiento preventivo
- Rellenado de Tinta

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

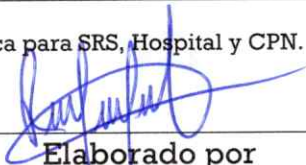
Continuar realizando los mantenimientos con la porosidad recomendada por los técnicos como hasta ahora, para mantener el sistema siempre trabajando en las mejores condiciones, ampliar el departamento contratando más personas, solo hay una persona en este departamento para todo el hospital

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.



Elaborado por
(Nombre y apellido)



Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 01/04/2021
 Nombre: Laboratorio
 Usuario: Franky Jey 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.	01	04	2021	
	2.	Reemplazo de tinta			
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
Fecha de Salida	Día	Mes	Año	Hora	


 Firma de Técnico




 Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 9/10/2021
 Nombre: [Firma]
 Usuario: [Firma] 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.	[Firma]				
	2.	[Firma]				
	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: 16/04/2024
 Nombre: Almacén
 Usuario: [Firma] 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

	Fecha de Ingreso	Día	Mes	Año	Hora
			16	04	2024
Mantenimiento Preventivo	1.	Conflicto con Windows			
	2.	[Firma]			
	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: 18/04/2021
 Nombre: Francisco Felix Sub Dir Enfermera
 Usuario: _____ Nomenclatura de Equipo: _____
 Departamento: _____ Extensión: _____

Tipo de Equipo:

- Computadora de Escritorio
- Laptop
- Impresora

Configuración de Hardware					
CPU			Monitor		
Marca	DELL		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
		18	04	2021	
	1.	Instalacion de partes			
	2.	Supplies			
	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: 25/04/2024
 Nombre: Sub Dir. Enfermería
 Usuario: Franklin Felix Nomenclatura de Equipo: _____
 Departamento: _____ Extensión: _____

Tipo de Equipo:

- Computadora de Escritorio
 Laptop
 Impresora

Configuración de Hardware

CPU		Monitor	
Marca	<u>DELL</u>	Marca	
Modelo		Modelo	
Serie o Service Tag		Serial o Service Tag	
Código Activo Fijo		Código Activo Fijo	
Procesador (Velocidad Modelo/Generación)		Tamaño	
Memoria RAM			
Disco Duro (Capacidad)			
Tarjeta WIFI			

Configuración de Software

Sistema Operativo	
Antivirus Instalado	
Paquete de Office	
Actualización	

Observaciones

	Fecha de Ingreso				
	Día	Mes	Año	Hora	
Mantenimiento Preventivo	<u>25</u>	<u>04</u>	<u>2024</u>		
	1.	<u>Mantenimiento</u>			
	2.				
	3.				
	4.				
	5.				
	Fecha de Salida				
	Día	Mes	Año	Hora	

[Firma]
 Firma de Técnico



[Firma]
 Firma del Usuario



FECHA: 22/04/2024

DATOS GENERALES

Lugar: DCSNS SRS Hospital CPN

***Nombre del lugar:** HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA

Área: Área de mujeres

Nombre de la Actividad: Fumigación salas de mujeres

Código POA (Si aplica): NO APLICA

INTRODUCCIÓN

Informe sobre la fumigación de las áreas comunes del pabellón de internamiento de mujeres

OBJETIVO DEL INFORME

Dar a conocer que con motivo del seguimiento a las acciones que se realizan en el hospital para mantener un correcto funcionamiento de la infraestructura también realizamos fumigación de áreas comunes de formas periódica

METODOLOGIA (Si aplica)

DESARROLLO / HALLAZGOS

Nuestro hospital se mantiene dando seguimiento a los mantenimientos de nuestras áreas, para con ello prevenir el deterioro y la proliferación de gérmenes que pudieran provocar infecciones nosocomiales, como parte de esto se realizan fumigaciones frecuentemente de todas las áreas tanto del área de internamiento como de las áreas comunes del hospital

RESULTADOS / CONCLUSIONES

Se dejó toda el área fumigada con la finalidad de prevenir que en lo adelante haya presencia de que pudieran afectar la salud y correcta recuperación de los usuarios allí ingresados.

RECOMENDACIONES

Seguir realizando fumigaciones frecuentemente de forma preventivas en todas las áreas del hospital

ANEXOS (Si aplica)

Foto



Instrucciones de llenado:

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

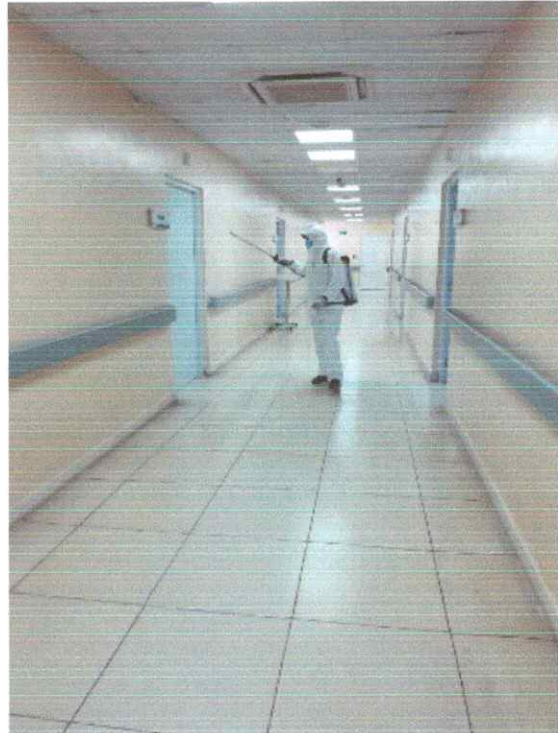
J. Roberto Espinosa

Elaborado por
(Nombre y apellido)



FUMIGACION AREA DE MUJERES

abril 2024





SAN MIGUEL & CÍA, S.R.L.

PLANTAS ELÉCTRICAS // ASCENSORES & ESCALERAS MITSUBISHI

Factura

NCF
Valido Hasta
No. Documento
Condiciones

E450000000025
31/12/25
100130100
30 dias

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

DATOS DEL CLIENTE

Fecha 01/04/2024
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 ABRIL 2024	1	RD\$22,000.00	RD\$22,000.00
			SUB-TOTAL	RD\$22,000.00
			ITBIS	RD\$3,960.00
			TOTAL	RD\$25,960.00

OBSERVACIONES

Las facturas vencidas devengarán un 2% mensual.
Cualquier duda o consulta que tenga sobre la factura, escribanos a: cobros@sanmiguel.com.do



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

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

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



Departamento de Servicio
 Calle Profesor Emilio Aparacio #30
 Ensanche Julieta, Distrito Nacional
 Santo Domingo, República Dominicana
 Tel. (809)533-3477 www.diss.com

Reporte de Servicio
Llamada 0017004950

DIRECCION DE CLIENTE	
CLIENTE	Hospital Regional Jaime Mota
CALLE	Avenida Casandra Damirón, número 7,
CIUDAD	Barahona
CONTACTO	
TELEFONO	809-524-2586 x2260
DATOS DE LLAMADA	
NUMERO DE LLAMADA	0017004950
NOMBRE DE INGENIERO	Sinencio A. Arias Zayas
DESCRIPCION	
ESTADO DE LLAMADA	Completed
TIPO DE SERVICIO	Demand Serv. Acuson NX3
NUMERO DE ORDEN	
EQUIPO	
MODELO	11254336
NUMERO DE SERIE	513708
DESCRIPCION	Acuson NX3 Series



NOTAS

Symptoms Reported/Reason for Service

Corrective Action/Service Performed

Indicate system was properly functioning and include test & inspection data, if applicable

Mantenimiento correctivo del equipo. Se reinstaló el software para habilitar el equipo. Cuando llegamos el equipo no subía el sistema y se quedaba cargando. Luego de la instalación, el equipo funciona correctamente.
 Verificación de transductores:
 El transductor CH5-2 / SN: 94947004 / model: 10789386 , posee un artefacto en el segmento izquierdo, muy visible. Se recomienda sustituirlo por otro.
 El printer UP-X898MD tiene un error de funcionalidad. Está fuera de servicio.
 Verificación de funciones.
 Verificación de teclas y botones. Les hacen falta 4 botones del TGC.
 El equipo quedó trabajando correctamente.

Service call / Customer Notes

TIEMPO Y MATERIALES	
Description	Quantity
Labor	
STANDARD LABOR CHARGES	4.88

Firma del Cliente

Sandy

Firmado por

Sandy Montero

Fecha

4/24/20





Departamento de Servicio
 Calle Profesor Emilio Aparacio #30
 Ensanche Julieta, Distrito Nacional
 Santo Domingo, República Dominicana
 Tel. (809)533-3477 www.diss.com

Reporte de Servicio
Llamada 0017004949



DIRECCION DE CLIENTE	
CLIENTE	Hospital Regional Jaime Mota
CALLE	Avenida Casandra Damirón, número 7,
CIUDAD	Barahona
CONTACTO	
TELEFONO	809-524-2586 x2260
DATOS DE LLAMADA	
NUMERO DE LLAMADA	0017004949
NOMBRE DE INGENIERO	Sinencio A. Arias Zayas
DESCRIPCION	
ESTADO DE LLAMADA	Completed
TIPO DE SERVICIO	Demand Serv. Acuson NX3
NUMERO DE ORDEN	
EQUIPO	
MODELO	11254336
NUMERO DE SERIE	513701
DESCRIPCION	Acuson NX3 Series

NOTAS

Symptoms Reported/Reason for Service

Corrective Action/Service Performed

Indicate system was properly functioning and include test & inspection data, if applicable

Mantenimiento correctivo del equipo, el equipo se congelaba y no dejaba trabajar.
 Instalación de software.
 Mantenimiento general del equipo.
 Verificación de transductores.
 El transductor lineal VF12-4 / SN: 94335055 / modelo: 10136922 / está averiado físicamente. Se recomienda sustituirlo por otro. El transductor no tiene membrana.
 Printer verificado.
 Verificación de botones y teclado.
 Backup del equipo.
 El equipo quedó trabajando correctamente.

Service call / Customer Notes

TIEMPO Y MATERIALES	
Description	Quantity
Labor	
STANDARD LABOR CHARGES	4.58

Firma
del
Cliente

Sandy

Firmado
por

Sandy Montero

Fecha 4/24/20





DISS Dominicana, SRL | RNC 131293719

Calle Profesor Emilio Aparacio #30
Ensanche Julieta
Distrito Nacional
Santo Domingo, Republica Dominicana
Tel. 809-533-3477 - www.diss.com

FACTURA

Factura:	DS-24-0309
Hoja de Embalaje:	
Fecha:	26/04/2024
Página:	1

NCF B1500000101
FACTURA GUBERNAMENTAL
Válida hasta 31/12/2024

Facturar a:

Hospital Regional Jaime Mota Avenida Casandra Damirón, número 7, esq. Víctor Matos, Ens. Naco Barahona República Dominicana RNC: 430038415
--

Enviar a:

Hospital Regional Jaime Mota Avenida Casandra Damirón, número 7, esq. Víctor Matos, Ens. Naco Barahona República Dominicana
--

No. Orden Compra		Código Cliente	Vendedor	Método de Envío	Términos de Pago	Fecha de Envío	No. Maestro
		DO1005008	-		Net 30	27/04/2024	9,410
Ordenado	Enviado	B/O	Código Artículo	Descripción	Descuento	Precio Ud	Precio Ext.
1.00	1.00	0.00	D-LNX3	DD-0115 - Demand Labor Acuson NX3 mantenimiento preventivo equipo Acuson NX3	US\$ 0.00	US\$ 850.00	US\$ 850.00



Favor remitir su pago a:
Calle Profesor Emilio Aparacio #30
Ensanche Julieta
Distrito Nacional, Santo Domingo, Republica Dominicana

Tasa de Cambio:
59.35

Subtotal	US\$ 850.00
Misc	US\$ 0.00
ITBIS	US\$ 153.00
Flete	US\$ 0.00
Dto. Comercial	US\$ 0.00
Total	US\$ 1,003.00

Realizado por:

Recibido por: _____



Hospital Dr. Jaime Mota

Dirección: Av. Casandra Damirón 100, Barahona 81000

Santo Domingo, República Dominicana

Contacto: Sandy Montero

Teléfono: +1 (809) 873-6106

Proveedor: DISS dominicana, SRL

Nombre: Fernando Vivieca V

Departamento: Gerencia de Servicio

Teléfono 809-533-3477 Ext. 102

Dirección Calle Prof. Emilio Aparicio #30, Julieta Morales, D.N.

E-Mail fvivieca@diss.com

Descripción	Ca nt.	USD
Mantenimiento Preventivo Acuson NX3	1	850.00
PROPUESTA SIN ITBIS	USD	850.00
ITBIS (18%)	USD	153.00
GRAN TOTAL	USD	1,003.00



Notas Generales:

Precios: Los precios cotizados se entienden en dólares estadounidenses para entrega en Hospital Dr. Jaime Mota, Santo Domingo, República Dominicana, Precio de cada refacción no incluye impuestos correspondientes.

Labor: A llevarse a cabo en las instalaciones del Hospital Dr. Jaime Mota, Santo Domingo República Dominicana.

Forma de pago: 50% con la autorización de la orden y 50% al concluir el servicio.

El presente solo incluye los conceptos antes mencionados, por lo que cualquier servicio adicional será presupuestados y facturados por separado.

Condiciones:

El cliente deberá dar libre acceso al equipo al momento del servicio técnico de DISS Dominicana.

Los acuerdos verbales no tienen validez alguna si no son confirmados por escrito por parte de DISS DOMINICA S.R.L.

Límite de Responsabilidad:

La responsabilidad total de DISS DOMINICANA, SRI, bajo ninguna circunstancia, podrá exceder el 10% del valor de la presente cotización, misma que cesará al finalizar el período de garantía. DISS DOMINICANA, SRL, no será, en caso alguno y bajo ninguna circunstancia, responsable de cualquier pérdida de uso o producción, pérdida de utilidad, costo de capital, pérdida de intereses o ingresos, costo de energía comprada o reemplazada o por cualquier daño, pérdida indirecta o consecencial.

Validez de oferta: Treinta días a partir de la presente fecha.

Nota: En DISS DOMINICANA, SRL, el respeto de las normativas legales y de los reglamentos internos es parte integral de todos los procesos de negocio. Si tiene información sobre posibles infracciones, no dude en contactar con nuestras oficinas,

Atentamente,
DISS DOMINICANA, S.R.L



Christopher Tiburcio C.
Administrador de Servicios



Hospital Dr. Jaime Mota

Dirección: Av. Casandra Damirón 100, Barahona 81000

Santo Domingo, República Dominicana

Contacto: Sandy Montero

Teléfono: +1 (809) 873-6106

Proveedor: DISS dominicana, SRL

Nombre: Fernando Vivieca V

Departamento: Gerencia de Servicio

Teléfono: 809-533-3477 Ext. 102

Dirección: Calle Prof. Emilio Aparicio #30, Julieta Morales, D.N.

E-Mail: fvivieca@diss.com

Descripción	Ca nt.	USD
Mantenimiento Preventivo Acuson NX3	1	850.00
PROPUESTA SIN ITBIS	USD	850.00
ITBIS (18%)	USD	153.00
GRAN TOTAL	USD	1,003.00



Notas Generales:

Precios: Los precios cotizados se entienden en dólares estadounidenses para entrega en Hospital Dr. Jaime Mota, Santo Domingo, República Dominicana, Precio de cada refacción no incluye impuestos correspondientes.

Labor: A llevarse a cabo en las instalaciones del Hospital Dr. Jaime Mota, Santo Domingo República Dominicana.

Forma de pago: 50% con la autorización de la orden y 50% al concluir el servicio.

El presente solo incluye los conceptos antes mencionados, por lo que cualquier servicio adicional será presupuestados y facturados por separado.

Transferencia interbancaria

Id de Transacción	Fecha
Estado	Mensaje
31684568	22/04/2024
Autorizada	MARIA ELENA

Detalle de la Transacción

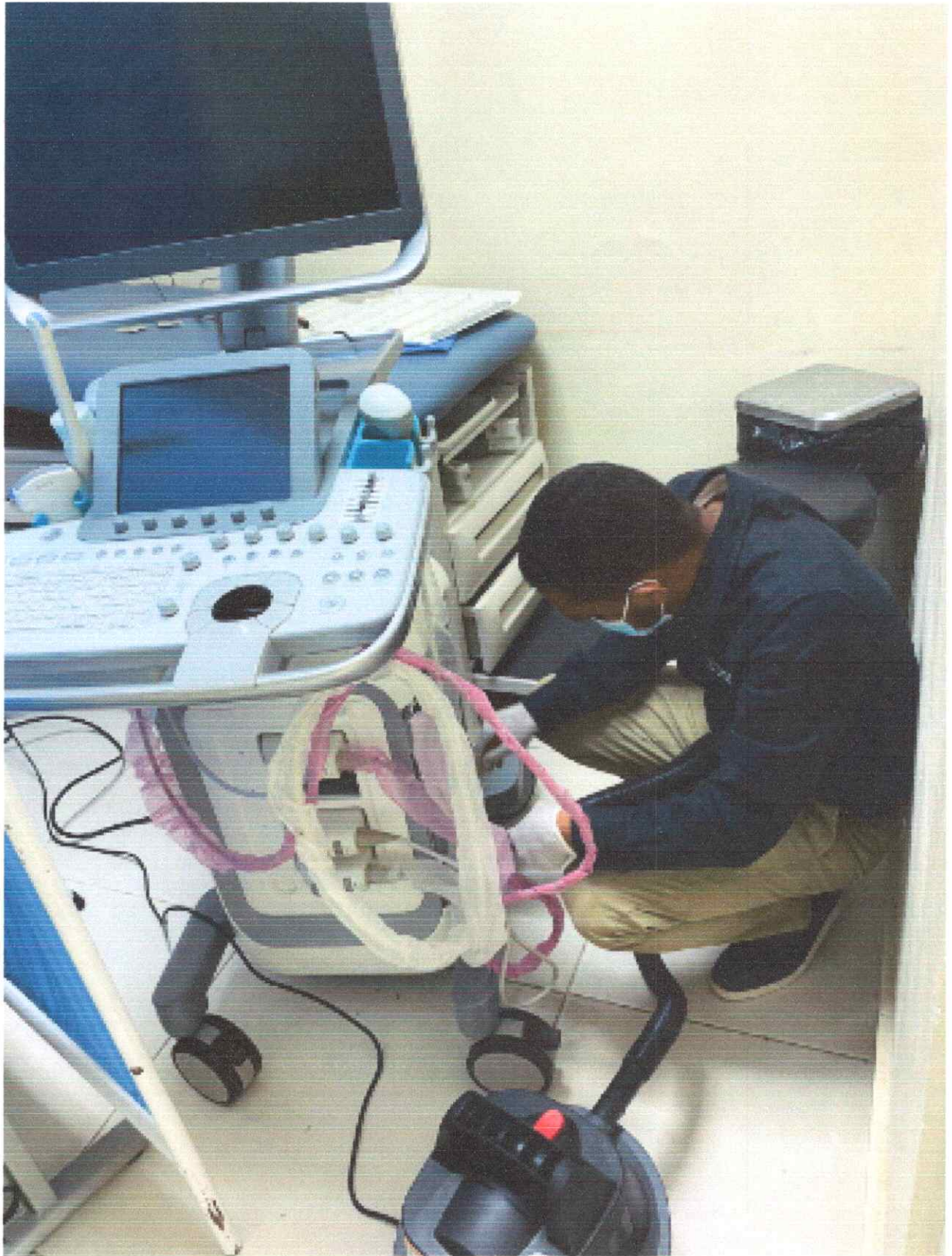
Producto Origen	Cuenta Corriente - 0400029030 - DOP
Producto Destino	Cuenta Corriente - 0791903800 - DOP
Concepto	MANTENIMIENTO Y REPARACION DE EQUIPOS
Monto a Transferir	DOP 56,707.92
Monto Impuesto	DOP 85.06
Correo del Cliente	hospitaljaimemota@hotmail.com
Nombre del Beneficiario	DISS DOMINICANA SRL
Correo del Beneficiario	
Número Referencia	34912055131

IMPORTANTE:

Imprime este comprobante sólo si es muy necesario.
Todo cuenta para proteger el medio ambiente.

EQUIPO DE SONOGRAFIA
Mantenimiento preventivo Abril 2024





CLIENTE

COMPANIA: HOSPITAL JAIME MOTA
ATENCION: LEYDY RAMIREZ
EMAIL: hospitaljaimekota@hotmail.com
TEL.: 809-524-2586

FACTURA NO.: B1500000011

FECHA: lunes, 1 de abril de 2024
NCF: 430038415

DESCRIPCION DEL TRABAJO
CAMBIO DE BREKER EN ITA

RENGLON	DETALLE	CANTIDAD	PRECIO U.	TOTAL
1.00	Breker Himmer 2000A	1.00	153,500.00	\$153,500.00
1.01	Instalacion de breker Himmer	1.00	85,000.00	\$85,000.00
1.02	Instalacion de dispositivo para proteccion ITA	2.00	57,500.00	\$115,000.00
1.03	Fusible para cut-out 40A	12.00	3,000.00	\$36,000.00
1.04	Fusible para cut-out 80A	6.00	2,500.00	\$15,000.00
1.05	Reparacion de breker 2000A himmer	1.00	95,000.00	\$95,000.00
1.06	SUB-TOTAL			\$499,500.00
1.07	GASTOS INDIRECTOS			
1.08	Transporte	7%	499,500.00	\$34,965.00
1.09	Dirección técnica	10%	499,500.00	\$49,950.00
1.10	Gastos administrativo	3%	499,500.00	\$14,985.00
1.11	IMPUESTOS	18%	599,400.00	\$107,892.00
1.12	TOTAL GASTOS INDIRECTOS			\$207,792.00
CONDICIONE	60% AVANCES Y EL 40% AL TERMINAL			\$707,292.00
	TOTAL GENERAL			\$707,292.00



¡Gracias por Preferencia!



Fecha: 17/04/2024

Ficha No: _____

Datos del Equipo

Nombre: PISOS Y PINTURAS

Marca: _____ Modelo: _____

Serie: _____

Ubicación: Quirófano 1 Inventario No. _____

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

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

Descripción de Acciones

Inspección Física
Revisión Operacional
Verificación Autodiagnóstico

Otras acciones:

Materiales Utilizados

OBSERVACION

Condición Final

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



Nombre del Electromédico _____

[Signature]
Encargado de Área



SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Plan de Mantenimiento Preventivo

DADM-FO-020 Versión: 01

Fecha de aprobación: 04/04/2019

Fecha: 23/04/2024

Ficha No: _____

Datos del Equipo

Nombre: LAMPARAS, TOMA CORRIENTES E INTERRUPTORES

Marca: _____ Modelo: _____

Serie: _____

Ubicación: UCI CUBICULOS 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

OBSERCACION , 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

Orly Inos...
Nombre del Electromédico



Linda Sonia Batista
Encargado de Área



SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Plan de Mantenimiento Preventivo

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

Fecha: 23/04/2024

Ficha No: _____

Datos del Equipo

Nombre: LAMPARAS, TOMA CORRIENTES E INTERRUPTORES

Marca: _____ **Modelo:** _____

Serie: _____

Ubicación: UCI PASILLO **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

OBSERCACION , 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

only
Nombre del Electromédico

Linda Sonia Batista
Encargado de Área



Fecha: 23/04/2024

Ficha No: _____

Datos del Equipo

Nombre: LAMPARAS, TOMA CORRIENTES E INTERRUPTORES

Marca: _____ Modelo: _____

Serie: _____

Ubicación: UCI 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

OBSERCACION . LAMPARAS, TOMA CORRIENTES E INTERRUPTORES

Condición Final

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


Andy Encarnación
Nombre del Electromédico

Linda Souza Batista
Encargado de Área



Fecha: 23/04/2024

Ficha No: _____

Datos del Equipo

Nombre: LAMPARAS, TOMA CORRIENTES E INTERRUPTORES

Marca: _____ Modelo: _____

Serie: _____

Ubicación: UCI TRABAJO SUCIO 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

OBSERCACION , 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

Andy Encarnación
Nombre del Electromédico

Leda Sonia Batista
Encargado de Área





SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Plan de Mantenimiento Preventivo

DADM-FO-020 Versión: 01

Fecha de aprobación: 04/04/2019

Fecha: 23/04/2024

Ficha No: _____

Datos del Equipo

Nombre: LAMPARAS, TOMA CORRIENTES E INTERRUPTORES

Marca: _____ Modelo: _____

Serie: _____

Ubicación: UCI TRABAJO LIMPIO 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

OBSERCACION , 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

Oruby Encarnación

Lida Sorcel Batista

Nombre del Electromédico _____

Encargado de Área _____



Fecha: 23/04/2024

Ficha No: _____

Datos del Equipo

Nombre: LAMPARAS, TOMA CORRIENTES E INTERRUPTORES

Marca: _____ Modelo: _____

Serie: _____

Ubicación: PREQUIRURGICO 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

OBSERCACION , 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


Orly
Nombre del **Electromédico**

Linda Sonce Batista
Encargado de Área

MATENIMIENTO PREVENTIVO MES DE ABRIL 2024



UCI PASILLOS



CUBICULOS UCI



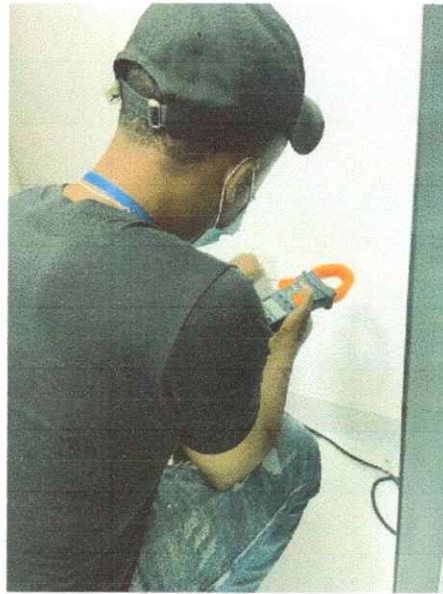
MATENIMIENTO PREVENTIVO MES DE ABRIL 2024



QUIROFANO I



MATENIMIENTO PREVENTIVO MES DE ABRIL 2024



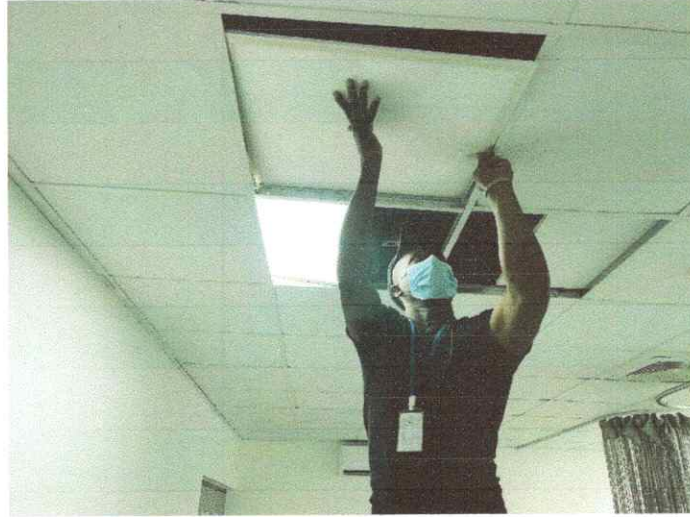
UCI TRABAJO SUCIO



ESTACION UCI



MATENIMIENTO PREVENTIVO MES DE ABRIL 2024



ESTACION PRE QX



UCI TRABAJO LIMPIO



23 de abril, 2024

RRHH.No.0065/2024

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

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


Asunto : Solicitud de pago-.

Anexo : Copia de Cédula.

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

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

Atentamente,



Lic. Mabel Matos
Analista de Recursos Humanos



**SNS**SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Formulario de Informe

DPD-FO-013

Fecha de Aprobación: 20/2/2023

FECHA: 24/01/2024**DATOS GENERALES****Lugar:** DCSNS SRS Hospital CPN ***Nombre del lugar:** HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA**Área:** PERINATOLOGIA**Nombre de la Actividad:** VIGILANCIA DE LA FUNCIONALIDAD DE LOS EQUIPOS DE UCIN**Código POA (Si aplica):** HRJM-1.1.2.2.09**INTRODUCCIÓN**

Informe sobre la funcionalidad de los equipos del UCIN

OBJETIVO DEL INFORME

Seguimiento a la funcionalidad de los equipos del UCIN, con la finalidad de que los RN tengan mayor probabilidad de tener una estadía satisfactoria, y con ello disminuir la morbimorbilidad perinatal

METODOLOGIA (Si aplica)

Levantamiento directo

DESARROLLO / HALLAZGOS

En el UCIN tenemos en la actualidad 7 ventiladores, más dos de alta resolución, 14 incubadoras y 8 cunas térmicas.

El 16 de este mes los técnicos de serviamed, realizaron su trabajo de mantenimiento dejando 4 ventiladores funcionando correctamente, tenemos tres que son de otras marcas que esta compañía no tienen técnicos para los mismos.

De los 7 ventiladores tenemos en la actualidad 4 funcionando correctamente para un 57% de en equipos en funcionalidad.

Los ventiladores de alta resolución se ameritan entrenamiento al personal y revisión de estos.

De las 14 incubadoras 10 están funcionando correctamente para un 71% funcionando correctamente. Tenemos 8 lámparas de calor funcionando correctamente toda.

Los sensores de los monitores están presentando algunos problemas porque los mismos ya están un poco viejos y deben ser cambiados ya.





SNS

SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Formulario de Informe

DPD-FO-013

Fecha de Aprobación: 20/2/2023

RESULTADOS / CONCLUSIONES

Según lo encontrado en el levantamiento y lo observado he intervenido por la compañía serviamed en este mes de enero, aún tenemos dificultades en la funcionalidad de nuestros equipos, las mismas tendrán una segunda intervención en el mes de enero por PROJECT HOPE, quienes nos acompañaron este mes en el levantamiento de necesidades y se comprometieron y fijaron la fecha para la primera semana de febrero para reemplazo de piezas dañadas y el inicio del acondicionamiento de los equipos que están actualmente fuera de funcionamiento.

RECOMENDACIONES

Dar el seguimiento a la ejecución de project home, para de ser necesario el hospital se haga cargo de los equipos que por alguna razón no puedan ser dejado en funcionamiento correcto por ellos

ANEXOS (Si aplica)

Factura de SERVIAMED

Instrucciones de llenado:

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

p/o Dra Ramos
Elaborado por
(Nombre y apellido)



Reporte de Servicio Técnico

Fecha: 16/01/2014

Centro: Hosp. Jaime Mota Ciudad: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Contacto: _____ Departamento: _____
 Llegada / Salida: _____

EQUIPO Ventiladores

Marca: Dräger

Modelo: Babylon 8000 plus

Serial: ASMK-0014
ASMK-0016
ASMK-0017

Partes Utilizadas	Cant.	No. Partes	Descripción	Serial	Total

Descripción del Trabajo:
Mantenimiento preventivo: Corrección de alarmas, Calibración de sensores
de flujo y calibración de sensores de oxígeno, Calibración de circuitos
de bombas con cascada, Cortar 2 sensores de flujo (cables)

Valor de Trabajo: _____ ***

Renny Gameth
 Representante SERVIAMED

Dr. Teresa Domínguez
 Recibido Cliente



Autorizado por

Entregado por

Recibido por

Autorizado por

1. Original Cliente 2. Copia Archivo 3. Copia Talonario



ACUSE DE RECIBO DE DONACIÓN

Project HOPE proporciona la siguiente donación al Hospital Jaime Mota, Barahona

Nombre/detalle del artículo	Cantidad	Suplidor
HFV Circuits – FCCT Kit Dual HTD	3	Project HOPE
Heater Wire Adapter	2	Project HOPE
Long, Temp Probe	2	Project HOPE
Aerogen Solo Pediatric T- Piece	2	Project HOPE
Aerogen Solo Nebulizer	2	Project HOPE
Battery Sealed Lead	6	Project HOPE
Oxygen Cell Sensor	2	Project HOPE
Flow Sensor Cable	2	Project HOPE
Reusable Flow Sensor	4	Project HOPE

Este documento es el acuse de recibo de la lista adjunta de artículos antes mencionados. Al firmar, el destinatario acepta que estos artículos no se venderán, no se ofrecerán, ni pondrán a disposición de cualquiera de las partes con la intención de vender o generar ganancias.

La institución receptora se compromete aún más al registro de la recepción de todos los productos suministrados y la disposición o distribución dentro de la institución. Cualquier transferencia fuera de la institución receptora sólo podrá tener lugar con la autorización de Project HOPE, y debe ser documentado.

La institución receptora se compromete a permitir que Project HOPE tenga pleno acceso a sus instalaciones generales, consultorios y/o salas de pacientes para evidenciar el uso de estos materiales de ser requerido.

Project HOPE

Audrey Polanco - Logistics Officer

(Nombre completo y cargo)

Representante de la institución:

Princy Obeiro Perez (Sob)

(Nombre completo y cargo)

Fecha:



Audrey P.

(Firma)

[Signature]

(Firma)

