

Seguimiento Mensual a Plan de Mantenimiento Preventivo y Correctivo hospital regional y universitario jaime mota.
(Fecha: 30-agosto-2024.)

Plan de Mantenimiento Preventivo / Correctivo
XXX-FO-XXX Versión: 01
Fecha de aprobación: 4/02/2021

Institución / Maquinaria	Elementos del Equipo a Realizar Mantenimiento	Descripción Actividad a Realizar	Mantenimiento Preventivo / Correctivo	Periodicidad para Revisión	Último Mantenimiento	Proximo Mantenimiento	Mes de Ejecución del Mantenimiento												Observaciones
							Ene	Feb	Mar	Abr	May	JUN	JUL	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	
Computadora de Escritorio	1. Parte interna del CPU. 2. Monitor. 3. Teclado. 4. Mouse	Limpieza de componentes con aire comprimido	preventivo y correctivo	mensual	26/8/2024	26/9/2024													anexo informe y formularios demantenimientos
Impresora Epson	1. Parte interna del equipo.	1. Reallernado de tinta. 2. Limpieza de almohadillas. 3. Mantenimiento interno del sistema (limpieza y alineación de cabezales)	preventivo y correctivo	mensual	26/8/2024	26/9/2024													anexo: informe y formularios demantenimientos
ASCENSOR IMCALIFT- CELSUS EASY P15 (11.25KG) 2 S/O (DOBLE ENTRADA)	EXTERNO	ASCENSORES	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	mensual	22/8/2024	22/9/2024													FACTURA ANEXA
ASCENSOR IMCALIFT- CELSUS EASY P15 (11.25KG) 3 S/O	EXTERNO	ASCENSORES	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	mensual	22/8/2024	22/9/2024													FACTURA ANEXA
UNIDAD DE HEMODIALISIS	EXTERNO	EQUIPOS DE LA UNIDAD	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	mensual	26/8/2024	26/9/2024													PAGO ANEXO
LAMPARA, TOMA CORRIENTE E INTERRUPTOR	INTERNO	VER ESTADO DE UTILIDAD	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	TRIMESTRAL	21/8/2024	21/11/2024													POST- QUIRURGICO ESTACION
PISO Y PINRURA	INTERNO	EN BUEN ESTADO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	CUATRIMESTRAL	14/8/2024	14/12/2024													QUIROFANO 1
AIRE MEDICO	EXTERNO	AIREMEDICO FUNCIONANDO CORRECTAMENTE	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	CUATRIMESTRAL															PLANTA FISICA NO SE PUDO REALIZAR, ESTAMOS EN ESPERA DEL SUPLIDOR QUE LE DA LOS MANTENIMIENTOS
MANTENIMIENTO DEL ASCO EN C	EXTERNO	EQUIPO FUNCIONANDO CORRECTAMENTE	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	26/8/2024	26/2/2025													ANEXA LA FACTURA
REPARACION DE CAMAS ELECTRICAS DE LOS QUIROFANOS	EXTERNO	CAMAS FUNCIONANDO CORRECTAMENTE	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	5/8/2024	5/2/2025													ANEXA LA FACTURA
MANTENIMIENTO DEL AUTOCLAVE	EXTERNO	EQUIPO FUNCIONANDO CORRECTAMENTE	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	21/8/2024	21/2/2025													ANEXA LA FACTURA
CAMBIO CAMILLAS DE PREPARTO	INTERNO	CAMILLAS EN BUEN ESTADO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	20/8/2024	20/2/2024													PRE-PARTOS





SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Plan de Mantenimiento Preventivo

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

Fecha: 14/08/2024

Ficha No: _____

Datos del Equipo

Nombre: PISOS Y PINTURA

Marca: _____ Modelo: _____

Serie: _____

Ubicación: Quirófano 1 Inventario No. _____

Periodo: 4M 6M 12M Otro: SEMESTRAL

Notas:
VERIFICACION DEL ESTADO DE LOS PISOS Y LA PINTURA Y CORREGIR LAS IMPERFECCIONES

Descripción de Acciones

Inspección Física
Revisión Operacional
Verificación Autodiagnóstico

Otras acciones:

Materiales Utilizados

PINTURA



Condición Final

SE REVISARON LOS PISOS ESTANDO EN BUENAS CONDICIONES Y SE CORRIGIO LA PARTE DE LA PINTURA DONDE HABIA DAÑOS

Benny P. Pizarro

Nombre del Electromédico

Sede Area de Feliz

Encargado de Área



SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Plan de Mantenimiento Preventivo

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

Fecha: 21/08/2024

Ficha No: _____

Datos del Equipo

Nombre: LAMPARAS, TOMA CORRIENTE 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

Benny per

Nombre del Electromédico

Sidero Aivalde felix

Encargado de Área



Camillas pre-parto 2024





Revisión de interruptores lámparas y tomacorrientes





Revisión de pisos y pintura quirófano 1 agosto 2024





Hospital Dr. Jaime Mota

Dirección: Av. Casandra Damirón 100, Barahona 81000

Santo Domingo, República Dominicana

Contacto: Maria Batista

Teléfono: +1 (829) 259-9875

Proveedor: DISS dominicana, SRL
Nombre: Christopher Tiburcio
Departamento: Gerencia de Servicio
Teléfono: 809-533-3477 Ext. 102
Dirección: Calle Prof. Emilio Aparicio #30, Julieta Morales, D.N.
Fecha: 26 de agosto 2024
E-Mail: ctiburcio@diss.com

Descripción	Cant.	USD
Mantenimiento Correctivo Arco en C	1	725.00
PROPUESTA SIN ITBIS	USD	725.00
ITBIS (18%)	USD	130.50
GRAN TOTAL	USD	855.50

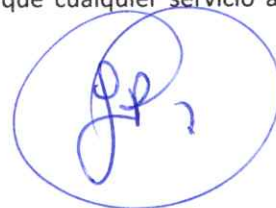
Notas Generales:

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: 100% con la orden.

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 consecuencial.

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 Servicio



CEM Caribbean Equipment Medical SRL
 Calle Eliseo Grullon Norte #14
 Los Prados
 Santo Domingo Distrito Nacional República Dominicana

CEM Caribbean Equipment Medical SRL
 Calle Eliseo Grullon Norte #14
 Los Prados
 Distrito Nacional Santo Domingo
 República Dominicana
RNC: 131-08474-5
Fecha Emisión: 05/08/2024
Vence: 04/09/2024

RNC: 430038415
 Razón Social: HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA

Factura Gubernamental

NCF: B1500000875
 Válido hasta: 31/12/2024

Origen:
 S09046

Descripción	Precio			
	Cantidad	Unitario	Impuestos	Importe
HONORARIOS POR LEVANTAMIENTO, REPARACIÓN Y MANTENIMIENTO DE CAMA ELÉCTRICA	5.00 Unidades	75,000.00	18% ITBIS	375,000.00

Base imponible	RD\$ 375,000.00
ITBIS	RD\$ 67,500.00
Total	RD\$ 442,500.00

Original: Cliente
 Copia: Vendedor

Por favor utilice la siguiente referencia al realizar su pago: F/2023/4782

Plazo de pago: 30 días

Facturado por:
EMMANUELA I. NAVARRO

Nota: Cargos por cheques devueltos se le adjudican al cliente por RD\$ 350.




Recibido por:
HOSPITAL REGIONAL JAIME MOTA





ORDEN DE SERVICIO POST-VENTA

Por cuenta de: Tools & Resources Enterprises Toren, S. R. L.

Fecha Solicitud:	8 Agosto 2024	Fecha Servicio:	21/8/24	Num. de Orden:	OS2024-0014
DATOS DEL CLIENTE:					
Nombre Cliente:	SERVICIO NACIONAL DE SALUD			Telefono:	
UBICACION DEL EQUIPO	HOSPITAL Jaime Mota	RNC: 430038415	LUGAR:	Barahona	
Reportado por:	Sandi Montero		Telefono Contacto:	8098716106	
Funcion o Cargo:	Enc. Mantenimiento			Email:	
EQUIPO Y ANOMALIA O DESPERFECTO REPORTADO					
Equipo Reportado:	Autoclave de 350lts		Marca/Modelo:	MAST 350	
Num. de Serie:	20175143	Fecha de Instalacion:	30/10/2018		
Anomalia o Desperfecto reportado:	Mantenimiento Preventivo, Servicio Facturable, notificar al cliente antes de ir				
TECNICO ASIGNADO					
Nombre Tecnico:	Carlito Nunez			Telefono:	829-721-1467
Email:				Email:	
DIAGNOSTICO Y SOLUCION					
FALLO DETECTADO	CAUSA	SOLUCION			
			Piezas o Materiales Utilizados	Valor A Facturar o Indicar Garantia	
SERVICIO FACTURABLE	RDS\$3,000 por hora de servicio, mas kilometraje de ida y vuelta (328klm) a 35pesos el klm, mas costo de las piezas que sean necesarias cambiar o reparar				
<u>Personal Entrenado</u>					
OBSERVACIONES GENERALES					
DEL CLIENTE			DEL TECNICO		
					
			<i>se le dio mantenimiento general al equipo y quedo perfeccionado</i>		

Servicio recibido conforme por:

Firma Tecnico:

Carlito Nunez

Sello:

26 de agosto, 2024

RRHH.No.0144/2024

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 11,120.00** (Once Mil Ciento veinte 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 agosto del presente año 2024. Cuenta# 0401241253

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



Atentamente,


Lic. Mabel Matos

Analista de Recursos Humanos



SAN MIGUEL & CÍA, S.R.L.
PLANTAS ELECTRICAS // ASCENSORES & ESCALERAS MITSUBISHI



MITSUBISHI ELECTRIC
ASCENSORES Y ESCALERAS

REPORTE DE MANTENIMIENTO

No. **69677**

FECHA 21/06/14 RD 18007 PROYECTO Hospital Jaime R. Rodríguez CIUDAD San Juan

NOMBRE TECNICO(S)	ID	No. EQUIPOS	HORA INC.	HORA SAL.	TOTAL HORAS
<u>Simeón Díaz</u>	<u>ACC</u>	<u>1,2</u>	<u>10h</u>		

OBSERVACIONES: mantenimiento preventivo

Sandoval CLIENTE Rodríguez TECNICO(S) _____ DEPT. TECNICO _____

Graf-Fast 809-221-3953



FECHA: 26/08/2024

DATOS GENERALES

Lugar: DCSNS SRS Hospital CPN

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

Área: TECNOLOGIA

Nombre de la Actividad: SOPORTES INCIDENCIAS TECNOLOGICAS ATENDIDAS

Código POA (si aplica): 4.1.1.3.03

INTRODUCCIÓN

Informe sobre los mantenimiento y soportes realizados en el mes de agosto 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)

Revisión de los soportes de las incidencias atendidas

DESARROLLO / HALLAZGOS

Tenemos un total de 10 reportes de incidencias tecnológicas atendidas y debidamente reportadas este mes de agosto, las mismas están divididas en 6 reportes individuales por cada incidencia reportada.

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

- crear un grupo de trabajo compartido en red 1
- configuración y establecimiento de red 1
- reparación de impresora 1
- instalación de impresora 5
- reparación de CPC 1
- cambio de PCP 1
-

Cada una de estas incidencias reportadas fue atendida con oportunidad.

RESULTADOS / CONCLUSIONES

Cada una de estas incidencias reportadas fueron atendidas y dejado en funcionamiento los equipos intervenidos y cambiados los que fueron retirados de funcionamiento.

RECOMENDACIONES

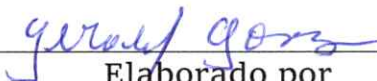
Continuar realizando los mantenimientos con la poriosidad recomendada por los técnicos como hasta ahora, para mantener el sistema siempre trabajando en las mejores condiciones

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.



Elaborado por
(Nombre y apellido)





Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 19 / 08 / 21

Nombre: Gerald Gomez

Usuario: _____ Nomenclatura de Equipo: _____

Departamento: Contabilidad 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
	Mantenimiento Preventivo	1. Reemplazo de impresora y crear grupo de trabajo compartido en Red			
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
	Fecha de Salida	Día	Mes	Año	Hora

Gerald Gomez
Firma de Técnico



Lic. Arroyo Pineda
Firma del Usuario





Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 20/08/2024
 Nombre: Gerald gonz
 Usuario: _____ Nomenclatura de Equipo: Epson M2170
 Departamento: Rayos X 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>instalacion de una nueva impresora</u>				
	2. <u>epson ecobank 2170</u>				
	3. <u>configurado y establecido en Red</u>				
	4.				
	5.				
	6.				
Fecha de Salida	Día	Mes	Año	Hora	

Gerald gonz
Firma de Técnico



Lisset Segura
Firma del Usuario



Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 13 / 108 / 24

Nombre: Gerald James

Usuario: _____ Nomenclatura de Equipo: _____

Departamento: Emergencias 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. Reparación e instalación de				
	2. impresora Epson				
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
Fecha de Salida	Día	Mes	Año	Hora	

Gerald James
Firma de Técnico



[Signature]
Firma de Usuario





Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 18 / 8 / 21

Nombre: Gerald Gomez

Usuario: _____ Nomenclatura de Equipo: _____

Departamento: Pre-paste 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
	Mantenimiento Preventivo	1. <u>Reparación y cambio de CPU</u>			
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
	Fecha de Salida	Día	Mes	Año	Hora

Gerald Gomez
Firma de Técnico



Juan Carlos Saenz
Firma del Usuario



Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 10 / 8 / 21

Nombre: Gerald gonz

Usuario: _____ Nomenclatura de Equipo: _____

Departamento: Pre-quirurgico 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
	Mantenimiento Preventivo	1. Reemplazo de una impresora epson			
2. donada por uno funcional 3110					
3.					
4.					
5.					
6.					
	Fecha de Salida	Día	Mes	Año	Hora

Gerald gonz
Firma de Técnico



Pat Quispe
Luis Luján
Firma del Usuario



Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 23/07/24

Nombre: Gerald Gomez

Usuario: _____ Nomenclatura de Equipo: _____

Departamento: Maternidad el Sol 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
	Mantenimiento Preventivo	1. Cambio de una impresora Canon por			
2. una impresora nueva Epson					
3. instalada y funcional.					
4.					
5.					
6.					
	Fecha de Salida	Día	Mes	Año	Hora

Gerald Gomez

Firma de Técnico



Lidia Alcantara

Firma del Usuario