

Instalación / Manutención	Elementos del Equipo a Realizar Mantenimiento:	Descripción Actividad a Realizar	Mantenimiento Preventivo o Correctivo	Periodicidad para Revisión	Inicio Mantenimiento	Proximo Mantenimiento	Ene	Feb	Mar	Abr	May	JUN	JUL	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Observaciones
Computadora de Escritorio	1. Parte interna del CPU 2. Monitor 3. Teclado 4. Mouse	Limpieza de componentes con aire comprimido	preventivo y correctivo	mensual	27/11/2024	27/12/2024													nuevo informe y formularios de mantenimiento
Impresora Epson	1. Parte interna del CPU 3. Mantenimiento interno del sistema (limpieza y alineación de cabezales)	1. Reclonado de tinta 2. Limpieza de almohadillas 3. Mantenimiento interno del sistema (limpieza y alineación de cabezales)	preventivo y correctivo	mensual	27/11/2024	27/12/2024													nuevo informe y formularios de mantenimiento
ASCENSOR IMCALIFT- CELSUS EASY P15 (1125KG) 2 S/O (DOBLE ENTRADA)	EXTERNO	ASCENSORES	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	mensual	5/11/2024	5/12/2024													FACTURA ANEXA
ASCENSOR IMCALIFT- CELSUS EASY P15 (1125KG) 3 S/O	EXTERNO	ASCENSORES	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	mensual	5/11/2024	5/12/2024													FACTURA ANEXA
UNIDAD DE HEMODIALISIS	EXTERNO	EQUIPOS DE LA UNIDAD	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	mensual	25/11/2024	24/12/2024													PAGO ANEXO
LAMPARA, TOMA CORRIENTE E INTERRUPTOR	INTERNO	VER ESTADO DE UTILIDAD	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	TRIMESTRAL	18/11/2024	18/2/2024													POST-GUIBERGEO ESTACION FOTOS Y FORMULARIO DE SEGUIMIENTO
LAMPARA, TOMA CORRIENTE E INTERRUPTOR	INTERNO	VER ESTADO DE UTILIDAD	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	18/11/2024	18/5/2024													PRE-PARTO, FOTOS Y FORMULARIO DE SEGUIMIENTO
LAMPARA, TOMA CORRIENTE E INTERRUPTOR	INTERNO	VER ESTADO DE UTILIDAD	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	18/11/2024	18/5/2024													POST-PARTO, ESTACION DE ENTREBANDO FOTOS Y FORMULARIO DE SEGUIMIENTO
LAMPARA, TOMA CORRIENTE E INTERRUPTOR	INTERNO	VER ESTADO DE UTILIDAD	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	SEMESTRAL	18/11/2024	18/5/2024													PRE-PARTO, FORMULARIO DE SEGUIMIENTO
PISO Y PINTURA	INTERNO	EN BUEN ESTADO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	CUATRIMESTRAL	18/11/2024	18/3/2024													POST-PARTO, FORMULARIO DE SEGUIMIENTO
PISO Y PINTURA	INTERNO	EN BUEN ESTADO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO	CUATRIMESTRAL	18/11/2024	18/3/2024													EXPLUSIVO, FORMULARIO DE SEGUIMIENTO



FECHA: 27/11/2024

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): 4.1.1.3.02

INTRODUCCIÓN

Informe sobre los mantenimiento y soportes realizados en el mes de noviembre 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 noviembre, las mismas están divididas en 6 reportes individuales por cada incidencia reportada.

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

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 1- mantenimiento de impresora | 3 |
| 2- soporte al sonógrafo | 1 |
| 3- cableado de red de internet | 1 |
| 4- instalacion de computadora | 1 |
| 5- mantenimiento de computadora | 2 |
| 6- cambio e instalación de impresoras | 2 |



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

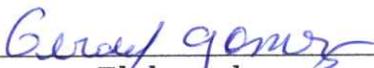
Continuar realizando los mantenimientos con la poriosidad recomendada por los técnicos como hasta ahora, para mantener el sistema siempre trabajando en las mejores condiciones

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: 17 / 11 / 21

Nombre: Gerald gonz

Usuario: _____ Nomenclatura de Equipo: _____

Departamento: Sonografía 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.	Mantenimiento impreso Canon 62110			
	2.	Separte al Sonógrafo			
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
	Fecha de Salida	Día	Mes	Año	Hora

Gerald gonz

Firma de Técnico



Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 11 / 11 / 21

Nombre: Gerald Gomez

Usuario: _____ Nomenclatura de Equipo: _____

Departamento: Cabina 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
	1. Cables de red de internet, para control				
2. de suministro					
3.					
4. Instalación y mantenimiento de la computadora					
5.					
6.					
	Fecha de Salida	Día	Mes	Año	Hora



Gerald Gomez
Firma de Técnico



Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 5 / 11 / 10

Nombre: Gerald Gomez

Usuario: _____ Nomenclatura de Equipo: _____

Departamento: Laboratorio Emergencia 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
	1. <u>Cambio de impresora e instalación</u>				
2. <u>de una epson</u>					
3.					
4.					
5.					
6.					
	Fecha de Salida	Día	Mes	Año	Hora



Gerald Gomez
Firma de Técnico



Maria Fely
Firma del Usuario



Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 12 / 11 / 21

Nombre: Gerald Gomez

Usuario: _____ Nomenclatura de Equipo: _____

Departamento: Admisión emergencia 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
	1. <u>Instalación de una nueva impresora y su</u>				
2. <u>mantenimiento al ordenador</u>					
3.					
4.					
5.					
6.					
Fecha de Salida	Día	Mes	Año	Hora	



Gerald Gomez

Firma de Técnico



Firma del Usuario



Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 14 / 11 / 24

Nombre: Gerald Gomez

Usuario: _____ Nomenclatura de Equipo: _____

Departamento: Post 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
	1.				
2.	Mantenimiento a la impresora por descombinamiento de tinta				
3.					
4.					
5.					
6.					
	Fecha de Salida	Día	Mes	Año	Hora



Gerald Gomez

Firma de Técnico



Firma del Usuario

Formulario de Mantenimiento de Equipos Informáticos

Fecha: 13 / 11 / 24

Nombre: Gerald Gomez

Usuario: _____ Nomenclatura de Equipo: _____

Departamento: Admisión emergencia 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
1.	<u>Mantenimiento a cabezal de impresora</u>			
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
Fecha de Salida	Día	Mes	Año	Hora



Gerald Gomez

Firma de Técnico



Firma del Usuario



SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Plan de Mantenimiento Preventivo

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

Fecha: 18/11/2024

Ficha No: _____

Datos del Equipo

Nombre: LAMPARAS, TOMA CORRIENTE E INTERRUPTORES

Marca: _____ **Modelo:** _____

Serie: _____

Ubicación: POST-PARTO 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 lampara los tomacorrientes y los interruptores que no estaba funcionando correctamente dejando todos funcionando y el área correctamente iluminada

Bermy perez
Nombre del Electromédico

Lida Saubay
Encargado de Área



SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Plan de Mantenimiento Preventivo

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

Fecha: 18/11/2024

Ficha No: _____

Datos del Equipo

Nombre: LAMPARAS, TOMA CORRIENTE 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 perez

Lreda San bay

Nombre del Electromédico

Encargado de Área



SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Plan de Mantenimiento Preventivo

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

Fecha: 18/11/2024

Ficha No: _____

Datos del Equipo

Nombre: LAMPARAS, TOMA CORRIENTE E INTERRUPTORES

Marca: _____ Modelo: _____

Serie: _____

Ubicación: PRE-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 Perez
Nombre del Electromédico

Lidia Saubay
Encargado de Área



SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Plan de Mantenimiento Preventivo

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

Fecha: 18/11/2024

Ficha No: _____

Datos del Equipo

Nombre: PISO Y PINTURA

Marca: _____ Modelo: _____

Serie: _____

Ubicación: EXPULSIVO 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

Benny PEREZ
Nombre del Electromédico

Seda Saubay
Encargado de Área





SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Plan de Mantenimiento Preventivo

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

Fecha: 18/11/2024

Ficha No: _____

Datos del Equipo

Nombre: LAMPARAS, TOMA CORRIENTE E INTERRUPTORES

Marca: _____ **Modelo:** _____

Serie: _____

Ubicación: POST-QUIRURGICO 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

Bernis Peraza

Luis Sanjay

Nombre del Electromédico

Encargado de Área

Fecha: 18/11/2024

Ficha No: _____

Datos del Equipo

Nombre: PISO Y PINTURA

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 perez

Nombre del Electromédico

Ledo Saubay

Encargado de Área



SAN MIGUEL & CÍA, S.R.L.

PLANTAS ELÉCTRICAS // ASCENSORES & ESCALERAS MITSUBISHI

Factura

NCF
Valido Hasta
No. Documento
Condiciones

E450000000226
31/12/25
100136525
30 dias

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

DATOS DEL CLIENTE

Fecha 05/11/2024
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 NOVIEMBRE 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: VG2JOP
Fecha de firma Digital: 05-11-2024



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

25 de noviembre, 2024

RRHH.No.0326/2024

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

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

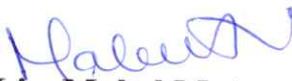
Asunto : Solicitud de pago-.

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 **noviembre** del presente año 2024. Cuenta# 0401241253

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

Atentamente,



Lic. Mabel Matos
Analista de Recursos Humanos





