

FECHA: 30/9/2024

DATOS GENERALES

Lugar: DCSNS SRS Hospital CPN

***Nombre del lugar:** Hospital Municipal Dr. Rafael Castro

Área: Administracion

Nombre de la Actividad: Seguimiento al plan de mantenimiento preventivo en el ESS

Código POA (Si aplica): HDRC4.1.1.4.02

INTRODUCCIÓN

Este informe de mantenimiento es para detallar los seguimientos de todos los mantenimientos que han sido programados ya sean preventivos y correctivos en las infraestructura y equipos para el buen funcionamiento en el Hospital Dr. Rafael Castro.

OBJETIVO DEL INFORME

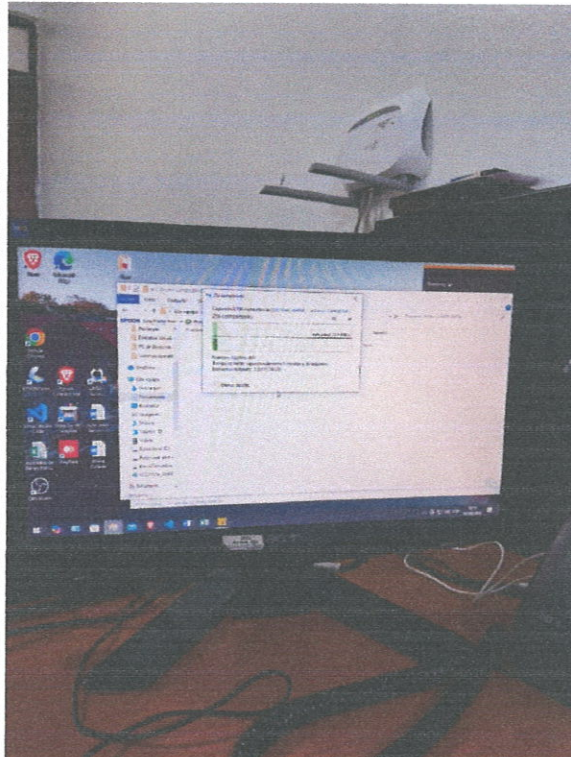
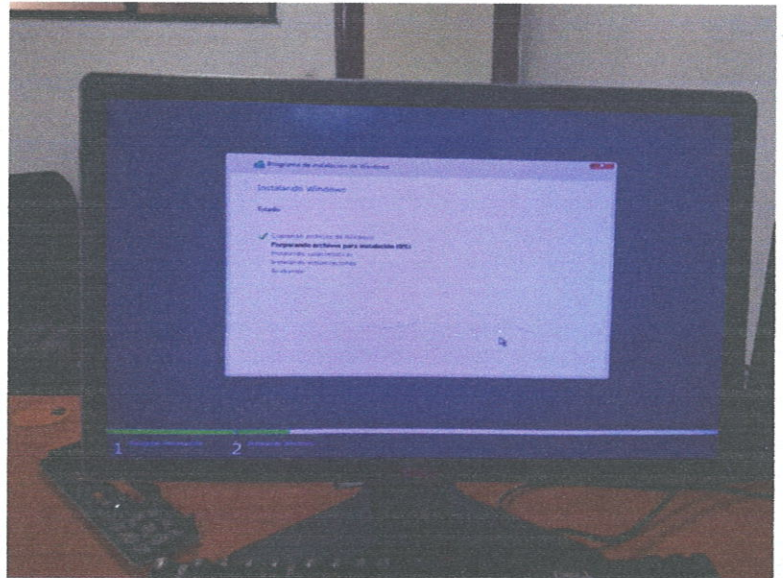
El objetivo de este informe es mostrar los mantenimientos realizados en el mes de septiembre a nuestra infraestructura y nuestros equipos tanto médicos, informáticos y equipos generales para garantizar un mejor servicio y eficiencia en costo y larga vida útil de los mismos optimizando nuestro servicio a los usuarios

METODOLOGIA (Si aplica)

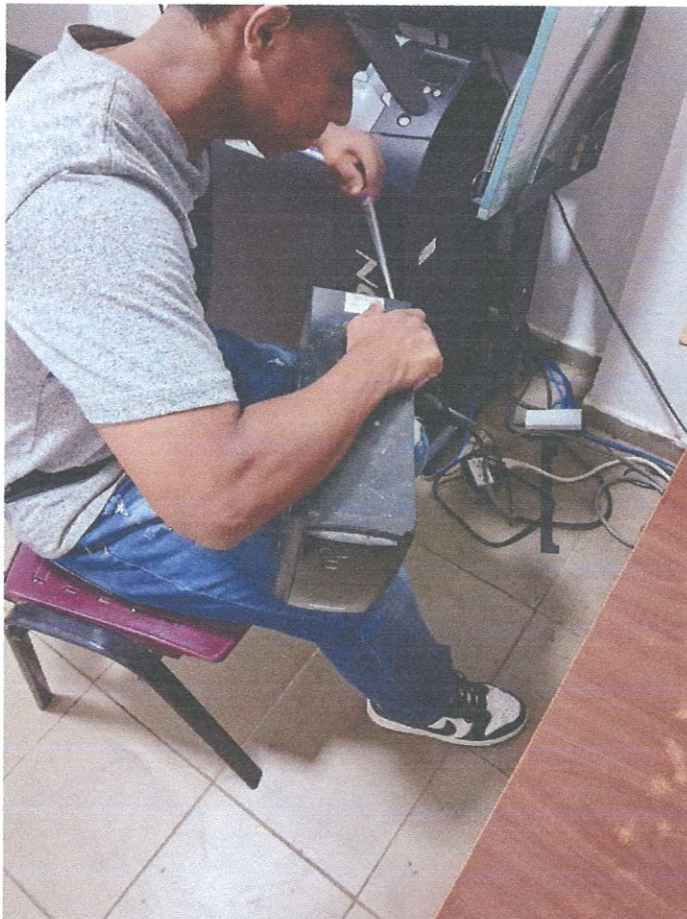
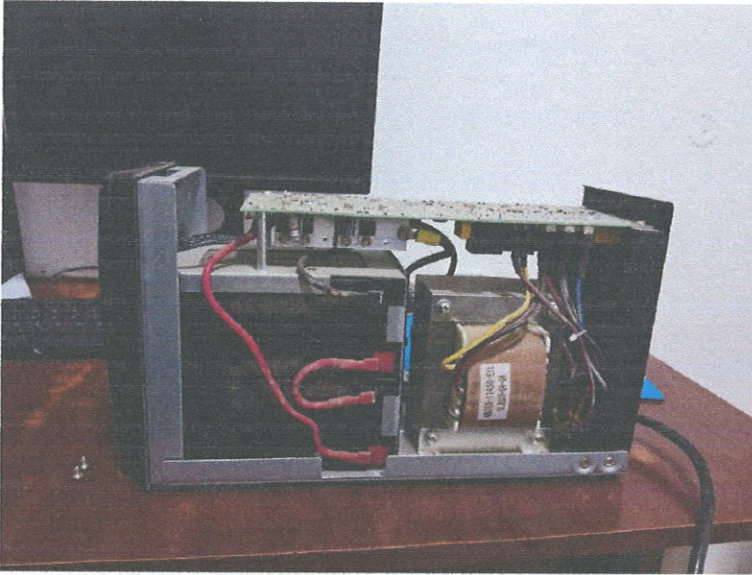
Matriz de seguimiento detallando los mantenimientos, informe de mantenimientos, evidencias en fotos de los mantenimientos ejecutados, hoja de petición y realización, formulario de inspección diaria de planta eléctrica, formulario de inspección de infraestructura física, inspección de mobiliario, e higiene y ornato hospitalario.

DESARROLLO / HALLAZGOS

Reparaciones de equipos informático dirección.



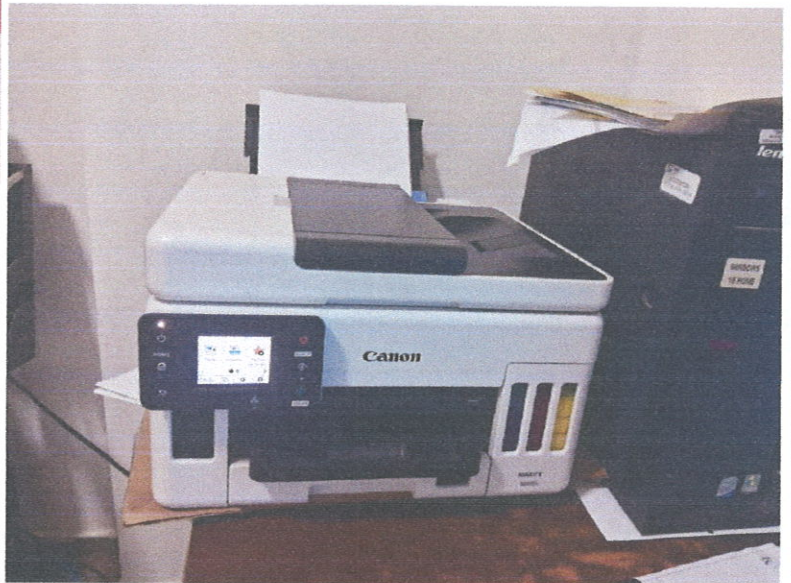
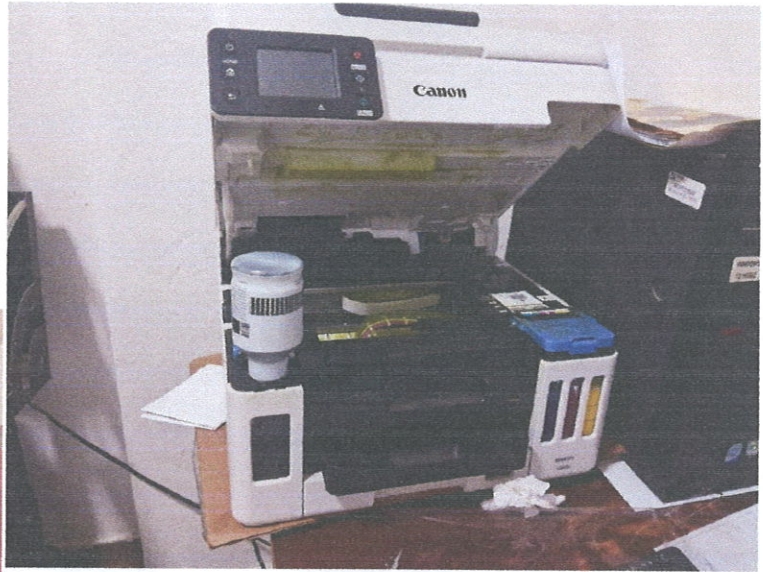
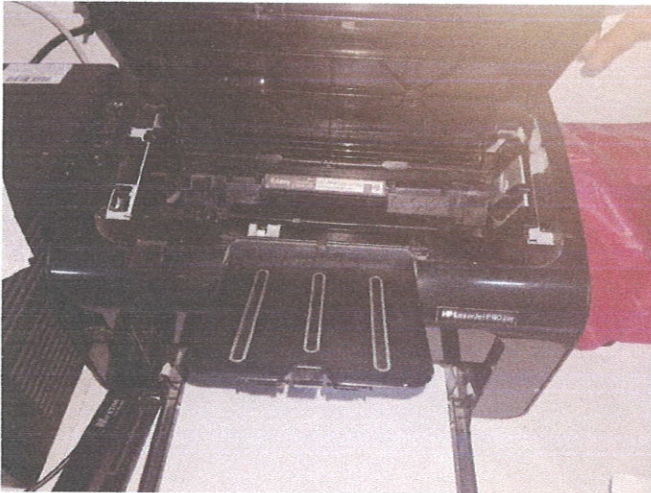
Revisión y cheque de Ups de Rayos X y cambio de batería a ups de Auditoria.



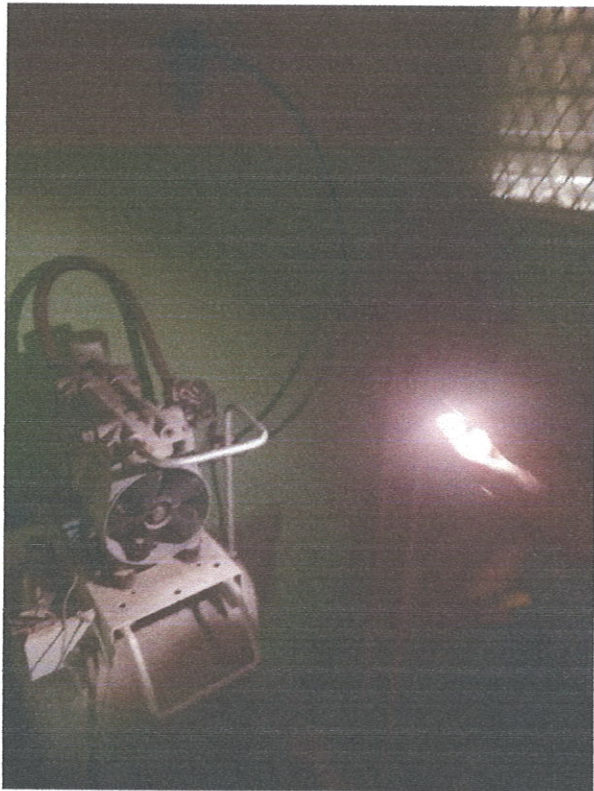
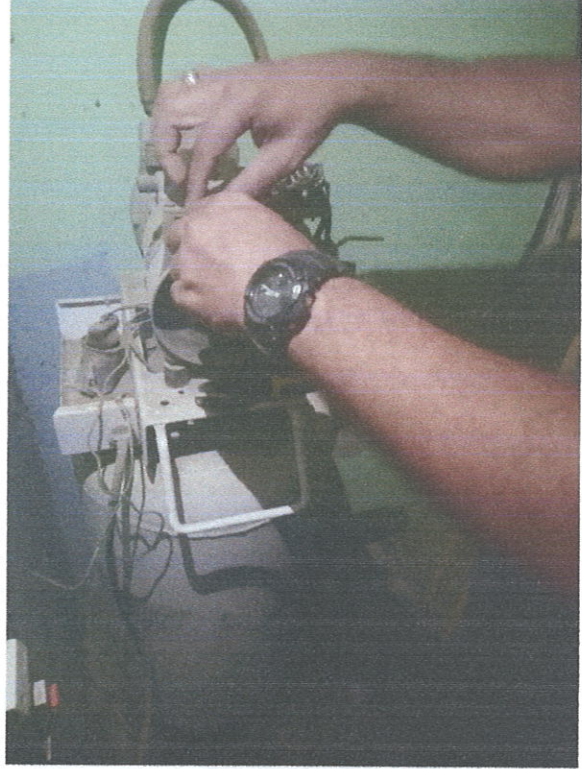
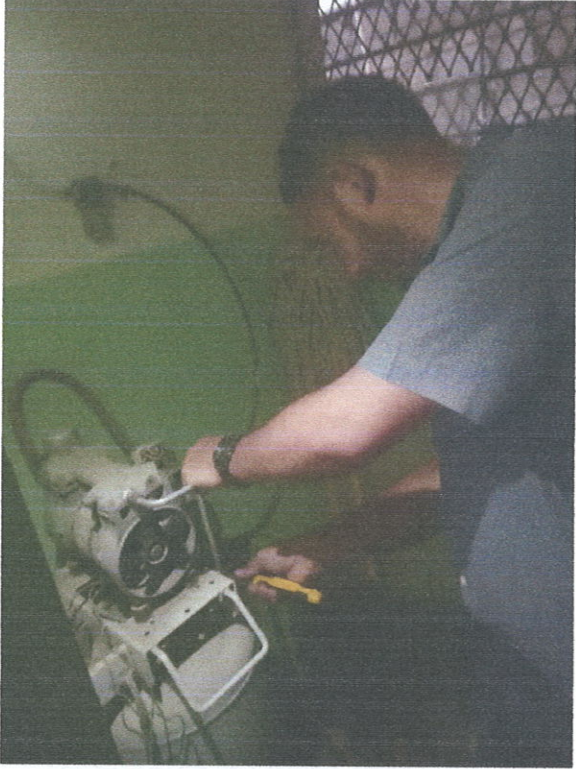
Revisión de funcionamiento a teléfono de vacuna.



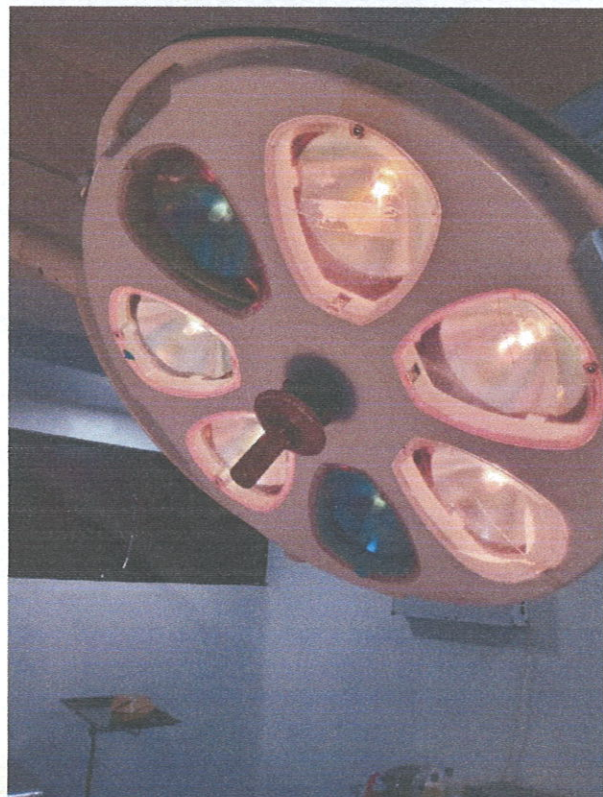
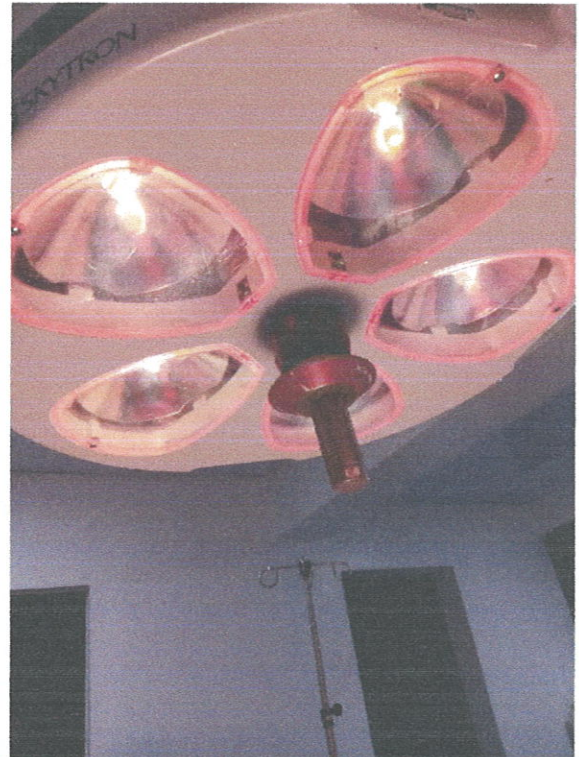
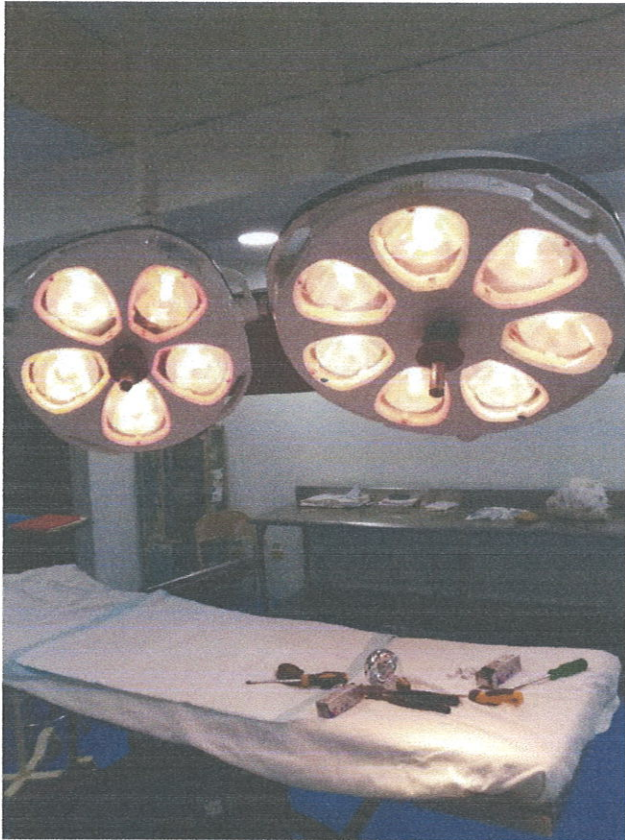
Cambio de Torner/llenado de tintas. Impresora de rayos x y Hp de laboratorio



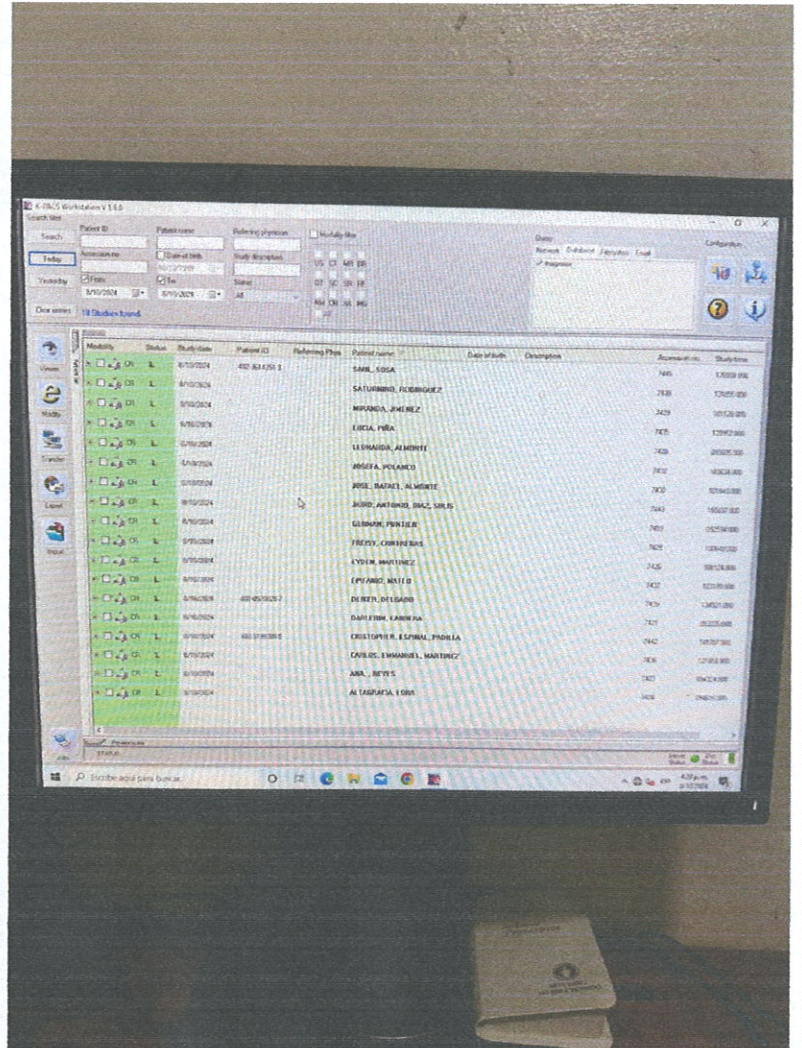
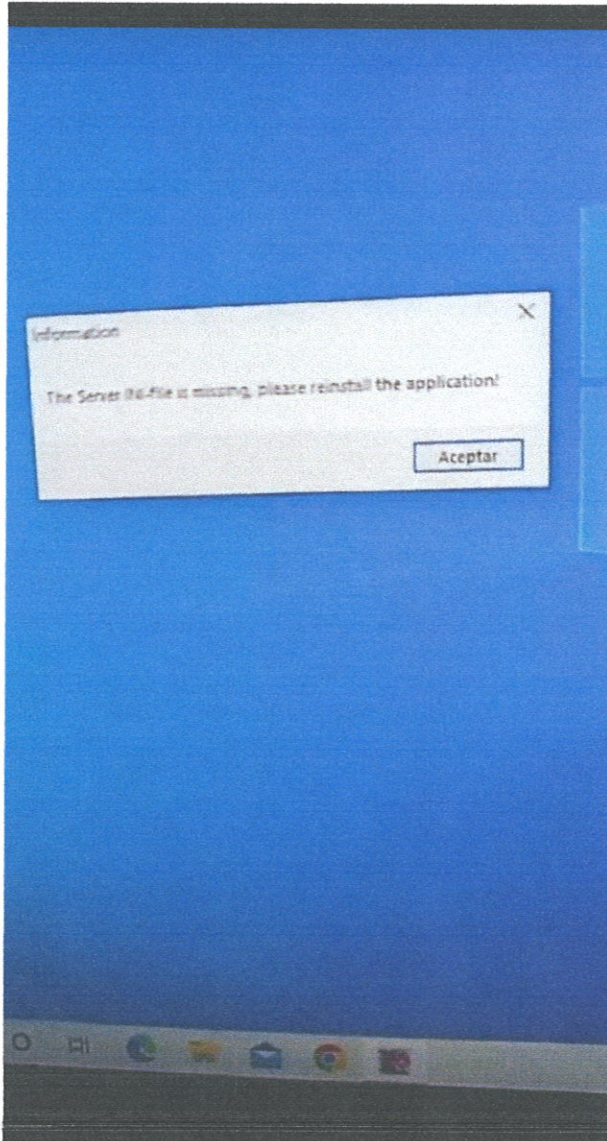
Compresor de nebulización



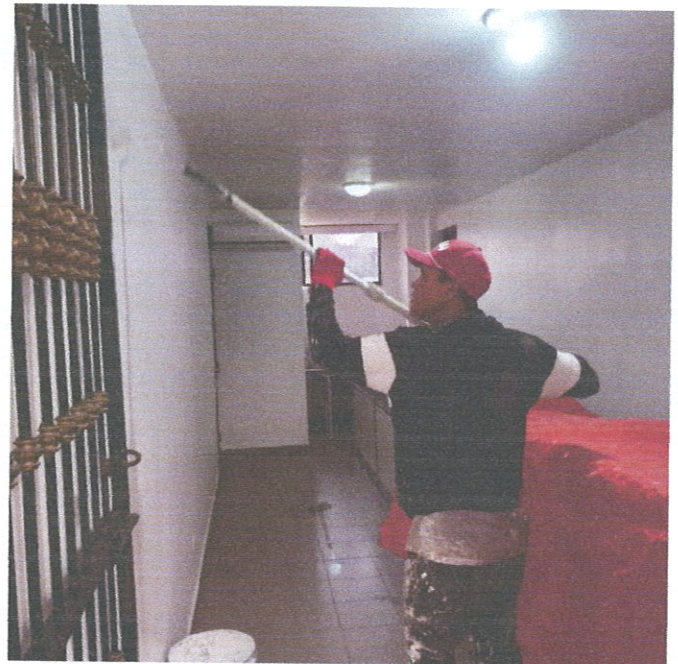
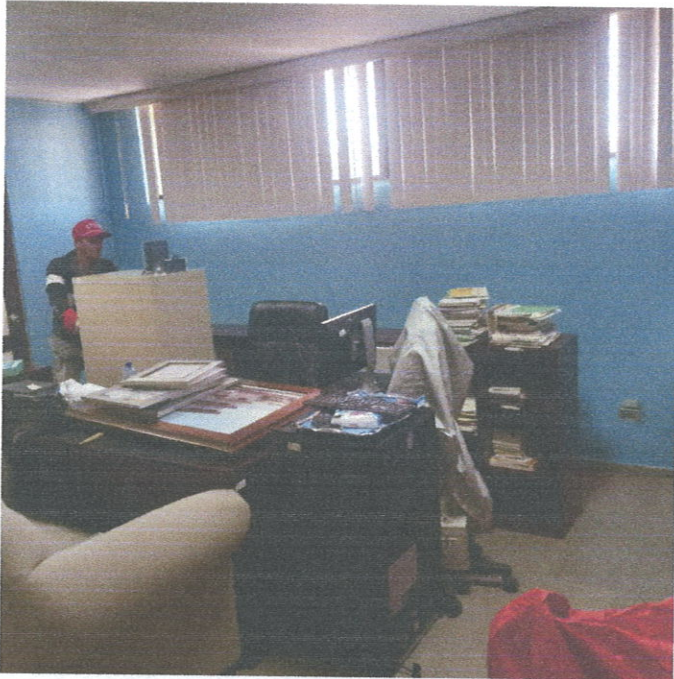
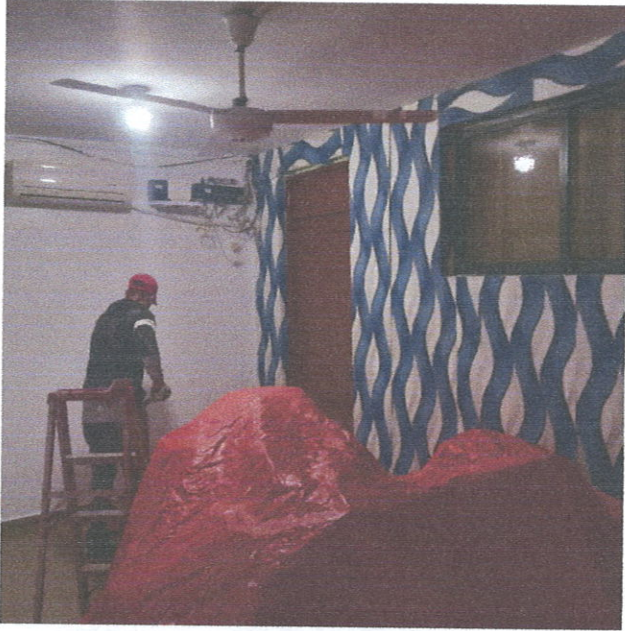
Cirugía Cambios de bombillo de lámparas



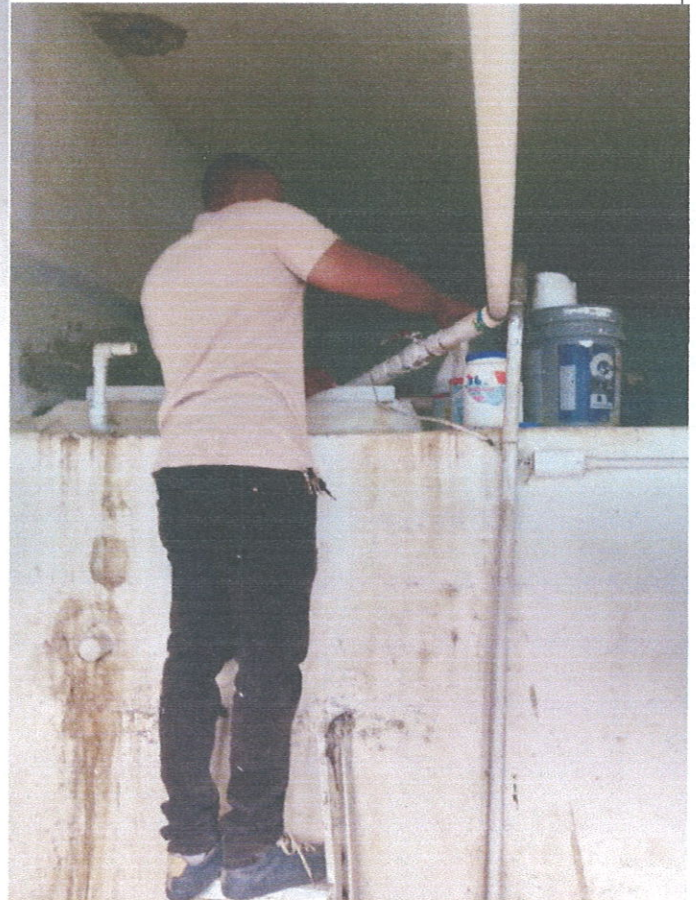
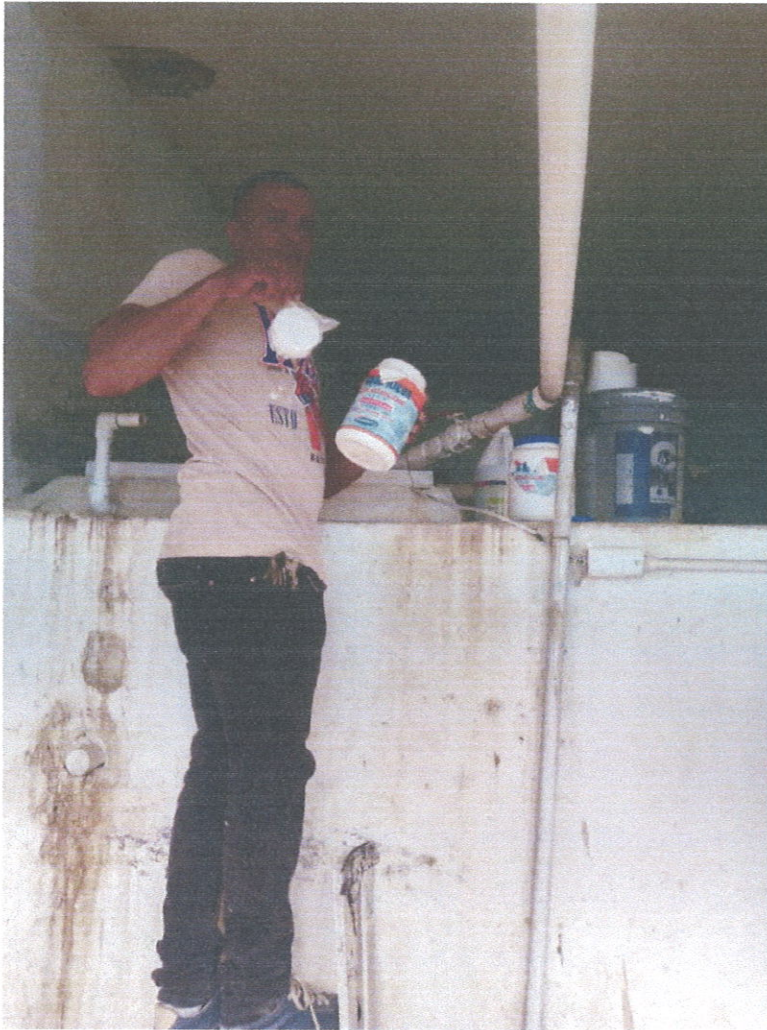
Rayos X. Cambio de bombillo del colimador, instalación y configuración de Dicom para computadora de imágenes



Recursos humanos/Compras/Archivos/Dirección
Reposición de cerámica y mantenimiento y remozamiento de pintura



Cloración diaria de cisterna



RESULTADOS / CONCLUSIONES

Eficientizar todas las área de infraestructura, mantener la vida útil de los equipos, dando seguimiento al plan preventivo de mantenimientos y optimizando los resultados.

RECOMENDACIONES

Nombramiento de más personal para el área de mantenimiento de la parte eléctrica y demás áreas, ya que contamos con un solo personal


ANEXOS (Si aplica)

Matriz de seguimientos y evidencias de fotos.

Instrucciones de llenado:

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


Dr. Franquis Jesús Jiménez
Director


Licda. Yuberca Núñez
Administradora

Elaborado por
(Nombre y apellido)





SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

MATRIZ PARA EL SEGUIMIENTO MENSUAL A PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO.
(Fecha: Enero-octubre-2024.)

Plan de Mantenimiento Preventivo / Correctivo
XXX-FO-XXX Versión: 01
Fecha de aprobación: 4/08/2021

Instalación/ Maquinaria	Elementos de Equipo	Descripción Actividad a	Mantenimiento	Periodicidad para	Ultimo	Proximo	Mes de Ejecución del Mantenimiento	Observaciones
Reparaciones	Reparaciones de equipos informático	Computadora de dirección, copia de seguridad y cambio de disco HDD por SSD	Correctivo	Trimestral	9/9/2024	9/12/2024		X
Rayos X	Ups	Revisión y chequeo de UPS	Correctivo	Trimestral	17/9/2024	9/12/2024		X
Vacuna	Telefono IP	Revisión de y chequeo de uso de red	Correctivo	Trimestral	28/9/2024	28/12/2024		X
Auditoria	LPS	Cambio de batería de UPS	Correctivo	Trimestral	28/9/2024	28/12/2024		X
Cambio de tener/limado de	Impresoras	Impresora de rayos x y Hp de laboratorio	Correctivo	Manual	30/9/2024	30/10/2024		X
Cirujia	Cambios de bombillo de lamparas	Reposición de bombillo quemados por nuevos	preventivo	trimestral	28/9/2024	28/12/2024		X
Rayos X	Cambio de bombillo del colimador, instalación y configuración de Dicom para	Cambio de bombillo del colimador, instalación y configuración de Dicom para	Preventivo	Semestral	1/9/2024	1/3/2025		X
Recursos humanos/Compras/Archivos/ Dirección	Reposición de cerámica y mantenimiento y reposamiento de pintura	En recursos humanos, reposición de cerámica y reposamiento de pinturas	preventivo/correctivo	anual	28/9/2024	28/12/2024		X

Ramón Mejía



Fecha: 27 / 9 / 2024

Informaciones Generales

Establecimiento de Salud: Hospital Dr. Rafael Castro

Servicio Regional de Salud: Northcentral Provincia: Santiago

Nombre Enc. De Mantenimiento: _____ Teléfono: 849-220-5516

	Bueno	Regular	Malo	N/A
01. Accesibilidad a personas discapacitadas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. Accesibilidad ambulancia área emergencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. Condición aceras perimetrales	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. Condición almacén de alimentos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. Condición áreas asépticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. Condición revestimiento fachada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. Condición de baños	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08. Existencia bñmpers y esquineros	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09. Condición de cisterna	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Condición caseta de desechos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Condición caseta de planta eléctrica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Cocina: Limpieza, Olor y Condición	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Condición de pisos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Control de plagas y animales	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Condiciones de aires acondicionados	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Disposición de desechos/mobiliario inservible	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Disposición y estado de zafacones	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Disposición del cableado eléctrico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Canalización aguas pluviales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Canalización aguas residuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Condición de mobiliarios	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Condición área de parqueos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Condición de las ventanas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Condición de puertas y llavines	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Condición área esterilización	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Bueno	Regular	Malo	N/A
26. Condición protección hierro, puertas y ventanas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Iluminación exterior	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Iluminación interior	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Iluminación acceso a emergencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Condición y limpieza área lavandería	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Condición letreros identificativos/informativos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Limpieza en techos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Limpieza área exterior en general	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Limpieza área interior en general	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Condición de áreas verdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
36. Condición y limpieza área morgue	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Existencia olores desagradables en el ambiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Condición de pintura exterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Condición de pintura interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Condición de sistema contra incendios	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ruta de evacuación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Ruta para desechos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Rutas de acceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Suministro de agua en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Condición de verja perimetral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
46. Filtraciones	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Condición de plafón en general	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Resultados	
Total bueno	
Total regular	
Total malo	

Firma Supervisor: _____

Lugar de destino:	Hospital Dr. Repullón	Fecha de visita:	27/9/2024
Personal visitante:	Norcentral	Propósito de la asignación:	

De la estructura:

No.	Detalles	Cumple/No cumple	Observación	Área Evaluada
1	Filtraciones	MC	algunos	3er nivel
2	Estabilidad de la edificación, revisión de vigas, columnas, terminaciones	C		
3	Terminación de paredes, Pañete	C		
4	Presencia de insectos en edificación	C		
5	Terminación de Techos	MC	algunos	todos los niveles, sotano, 1er, 2do nivel
6	Terminación de Baños, verificación de mezcladoras, colocación de revestimiento, instalación de barandas de acero inoxidable	MC	algunos	2do, 1er nivel
7	Revisión de cuarto eléctrico, terminación a los paneles de alimentación eléctrica	C		
8	Funcionamiento planta eléctrica	C		
9	Funcionamiento de UPS	C		
10	Terminación general de piso	C		
11	Espacio que cumpla con la estandarización requerida según tipo de área, Emergencias, Quirófanos, esterilización, Hospitalización, entre otras	MC	Cuina	Meseta de lavado
12	Señalización institucional	MC	entrada	1er nivel
13	Señalización Ruta de evacuación	C		
14	Accesibilidad a Personas Discapacitadas	C		
15	Disponibilidad de Parques	MC	none	1er nivel
16	Aspectos que Puedan Generar Posibles Inundaciones	C		
17	Revisión de Líquidos en Equipos de Aires Acondicionados	MC	algunos	sotano, Consultorios
18	Revisión de Sistema de Cámaras	C		
19	Revisión de Sistema Contra Incendio	C		
20	Terminación de Muebles Preinstalados en Melamina	C		
21	Terminación de Aceras, Contenes, Asfalto, entre otros	MC	frontal	1er nivel
22	Revisión de Instalación de Ventanas, Puertas, entre otros	MC	algunos	1er, sotano
23	Revisión de Aplicación de Aséptico	MC		
24	Revisión Funcionamiento de Paneles LEDS e Iluminación General	MC	faltan lampara	Sotano, 2do nivel
25	Revisión de Funcionamiento Tomacorrientes y UPS	C		
26	Revisión de Dimensiones de las Áreas donde se Instalan los Equipos Médicos	C		
27	Revisión de Preinstalación de Equipos Médicos	N/A		
28	Revisión de Salida de Gases	N/A		
29	Revisión de Caseta de Gases	N/A		
30	Revisión de Data	C		
31	Condiciones Salas de Espera	C		
32	Condiciones Baños	C		
33	Limpieza Continua	C		
34	Áreas Exteriores	C		

Lugar de destino:	<i>Hospital Dr. Rafael Cesko</i>	Fecha de visita:	<i>27/9/2024</i>
Personal visitante:		Propósito de la asignación:	

Área	Mobiliario	Cumple/No cumple	Condición del mobiliario
------	------------	------------------	--------------------------

Imágenes	Sillas secretariales	<i>C</i>	
	Escritorios	<i>C</i>	
	Bancadas	<i>C</i>	
Esterilización	Sillas secretariales	<i>C</i>	
		<i>C</i>	
Internamiento	Mesas de Comer	<i>C</i>	
	Sillon Acompañante	<i>C</i>	
	Mesa de Noche	<i>C</i>	
Laboratorio	Sillas secretariales	<i>C</i>	
	Escritorios	<i>C</i>	
	Bancadas	<i>C</i>	
Neonatología, UCIN	Sillas secretariales	<i>MA</i>	
	Escritorios	<i>N/A</i>	
	Bancadas	<i>N/A</i>	
Quirófanos/ Partos	Bancadas	<i>C</i>	
	Sillas secretariales	<i>C</i>	
Emergencia	Bancadas	<i>N/C</i>	<i>UNA en mal estado</i>
	Sillas secretariales	<i>C</i>	
	Escritorios	<i>C</i>	
Unidad de Cuidados Intensivos	Sillas secretariales	<i>N/A</i>	
Odontología	Sillas secretariales	<i>C</i>	
Cocina	Sillas	<i>C</i>	
	Mesas	<i>C</i>	
Consultorios	Sillas secretariales	<i>C</i>	
	Escritorios	<i>C</i>	
	Bancadas	<i>C</i>	



Mes: sep-24

Establecimiento: HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAFAEL CASTRO

Equipo: PLANTA ELÉCTRICA

Ficha: 9

ÍTEM	VERIFICAR	PARÁMETRO	Medidas correctivas en caso de No conformidad	DÍAS DEL MES																																	
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
1	Combustible y Aceite	1. Los niveles de aceite y combustible deben estar por encima del mínimo permitido.	1- Completar los niveles de fluidos.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		
		2. Las llaves de paso deben estar abiertas.	2- Abrir llaves de paso,	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	
		3. Chequeo de trampa de agua	3. Reparar desvíos.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	
		4. Funcionamiento de la bomba	4. Reparar desvíos.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
		5. Chequeo de flota	5. Reparar desvíos.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
2	Alternador	1. La correa del alternador debe estar sin alteraciones ni desgastes.	1. Sustitución de correa.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		
3	Baterías	1. Los terminales se ven limpios.	1. Limpiar terminales	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N		
		2. Nivel de agua por encima del mínimo permitido	2. Completar Nivel de agua	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	
4	Radiador	1. El panel se observa limpio.	1. Limpiar el panel.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		
		2. Nivel de agua por encima del mínimo permitido	2. Completar Nivel de agua	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	
		3. La correa del radiador debe estar sin alteraciones ni desgastes.	3. Sustitución de correa.	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	
1. Si existe una condición que requiera mayor atención en el Mantenimiento Preventivo registrar en el documento al reverso.				FIRMA DEL INSPECTOR																																	
EN LAS INSPECCIONES MARQUE:																																					
C-CONFORME																																					
NC-NO CONFORME																																					