

**FECHA:** 31/10/2024

### 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

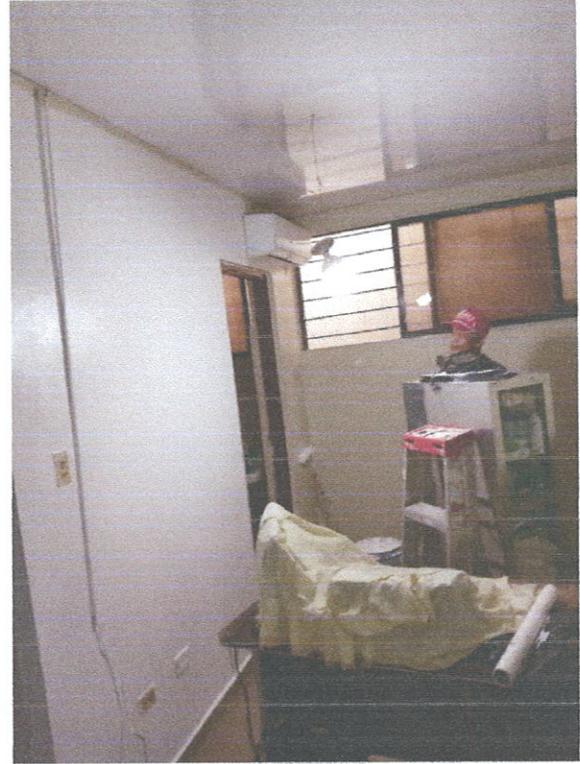
El objetivo de este informe es mostrar los mantenimientos realizados en el mes de octubre a nuestra infraestructura y nuestros equipos tanto médicos, informáticos y equipos generales para garantizar un mejor servicio y eficiencia en costo y larga vida útil de los mismos optimizando nuestro servicio a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

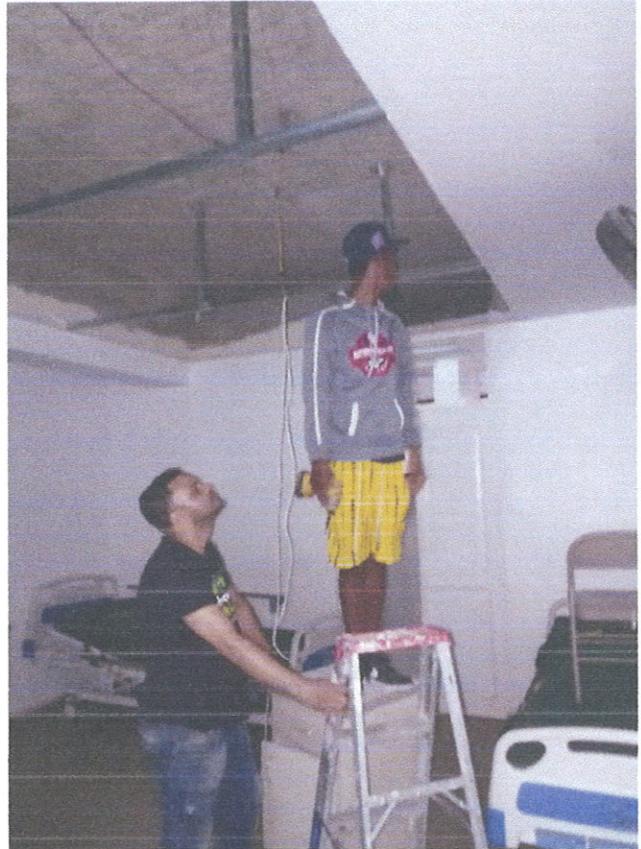
### METODOLOGIA (Si aplica)

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.

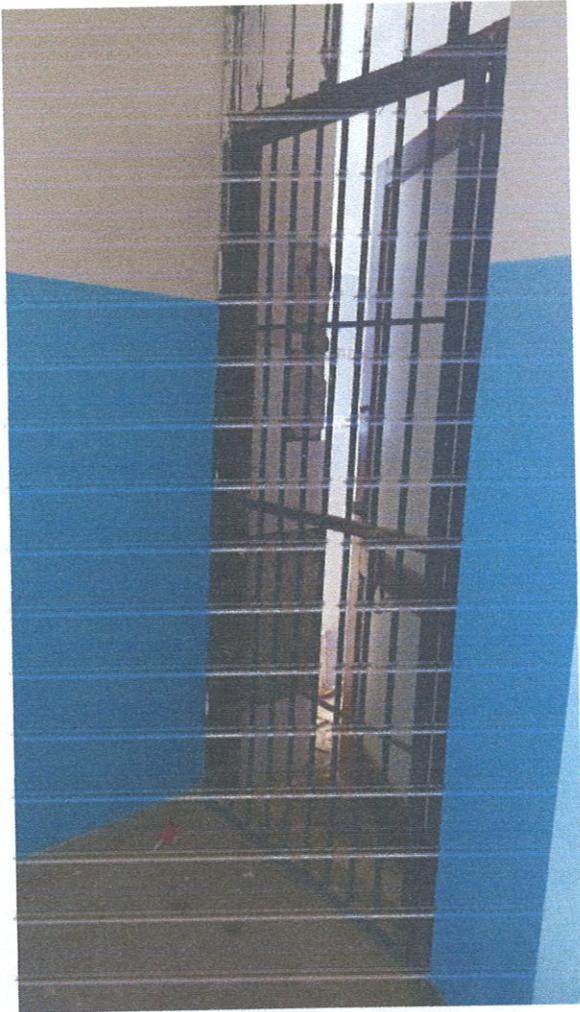
### DESARROLLO / HALLAZGOS

Desinstalación de plafones viejos por nuevos, instalación y reparaciones líneas para la iluminación, instalación de lámparas en el área de internamiento hombre y mujer, sonografía y facturación, mantenimiento y pintura.





Desmotar puerta de hierro del área de emergencia y montar en el área de la tercera planta y reparación de ~~puerta del área de lavandería y cambio de cerradura~~

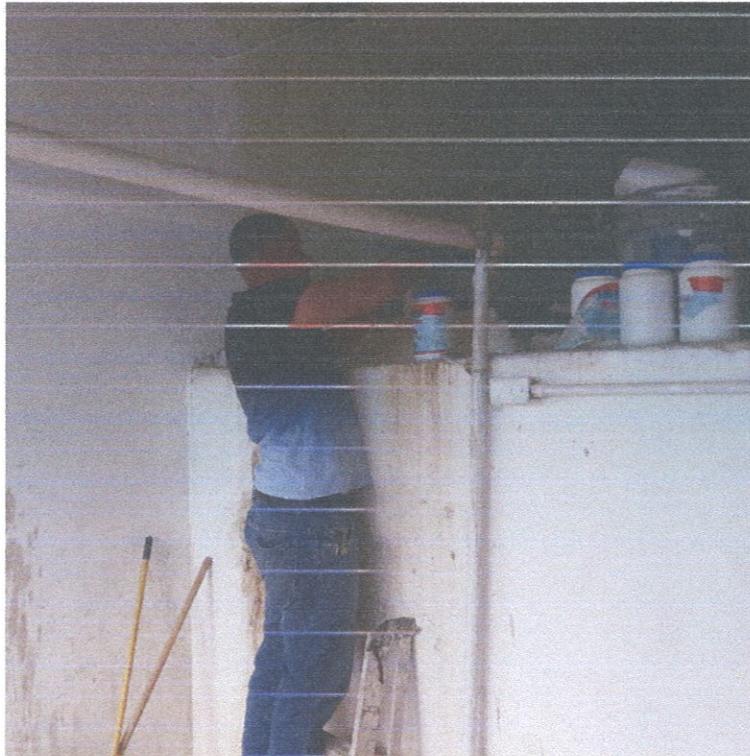




Colocación de parilla área de facturación y calidad y desarrollo



Cloración de la cisterna



**RESULTADOS / CONCLUSIONES**

Eficientizar todas las áreas 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. Franquís Jesús Jiménez  
Director

  
Licda Yuberca Núñez  
Administradora

**Elaborado por**  
(Nombre y apellido)





Fecha: 30 / 10 / 2024

**Informaciones Generales**

Establecimiento de Salud: Hospital Dr. Rafael Costas

Servicio Regional de Salud: Norcsntial 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 búmpers 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	<u>5</u>
Total regular	<u>1</u>
Total malo	<u>0</u>

Firma Supervisor: \_\_\_\_\_

Lugar de destino: <i>Hospital Dr. Rafael Cortés</i>	Fecha de visita: <i>30/10/2024</i>
Personal visitante:	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	Sotano, 1er, 2do nivel
6	Terminación de Baños, verificación de mezcladoras, colocación de revestimiento, instalación de barandas de acero inoxidable	MC	algunos	2do 5er 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	Cuicía	Moseta de lavado
12	Señalización institucional	MC	añada	5er nivel
13	Señalización Ruta de evacuación	C		
14	Accesibilidad a Personas Discapacitadas	C		
15	Disponibilidad de Parques	MC	fronte	5er nivel
16	Aspectos que Puedan Generar Posibles Inundaciones	C		
17	Revisión de Líquidos en Equipos de Aires Acondicionados	MC	algunos	Sotano, Consultorio Nro
18	Revisión de Sistema de Cámaras	C		
19	Revisión de Sistema Contra Incendio	C		
20	Terminación de Muebles Preinstalados en Melanina	C		
21	Terminación de Aceras, Contenes, Asfalto, entre otros	MC	frontal	5er nivel
22	Revisión de Instalación de Ventanas, Puertas, entre otros	MC	algunos	5er, 2do, Sotano
23	Revisión de Aplicación de Aséptico	MC		
24	Revisión Funcionamiento de Paneles LEDS e Iluminación General	MC	faltan luces	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		

<b>Lugar de destino:</b>	<i>Hospital Dr. Rafael Cortés</i>	<b>Fecha de visita:</b>	<i>30/10/2024</i>
<b>Personal visitante:</b>		<b>Propósito de la asignación:</b>	
<b>Área</b>	<b>Mobiliario</b>	<b>Cumple/No cumple</b>	<b>Condición del mobiliario</b>

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

