

Fecha: 30, 10 2024

HOSPITAL CALLENTI

Responsable del Llenado de la Ficha: _____

Institución Receptora: _____

Correo Electrónico: _____

Teléfono: _____

Equipos	Verificación Diaria	Verificación Semanal	Verificación Mensual	Verificación Trimestral	Verificación Semestral	Verificación Anual
Maquinas Anestesia			✓			
Desfibrilador			✓			
Mesa Quirúrgica			✓			
Lampara Cielitica			✓			
Autoclave			✓			
Electrocardiógrafo			✓			
Aspirador Quirúrgico			✓			
Ventiladores			✓			
Monitores			✓			
Limpiezas y Revisiones Generales			✓			
Aires Acondicionado o Re- Cambio Filtros Hepa						
Limpieza y Desinfección de Ductos						
Piso Aséptico	✓					
Revisión UPS		✓				
Revisión Paneles Aislamiento		✓				
Gases Medicinales	✓					
Controles Acceso	✓					
Calidad del Agua	✓					

Nota: método de verificación será mediante informe con imágenes fotográficas de tener contratos debe presentar contratos, antes y después de lo ejecutado según la periodicidad.

Obsevaciones: _____

Reneus Legeso

Nombre y Firma



Lugar de destino: HOSPITAL CALVIA	Fecha de visita: 30/10/2024
Personal visitante:	Propósito de la asignación:

De la estructura:					
No.	Detalles	Cumple/No cumple	Observación	Área Evaluada	
1	Filtraciones				
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	C			
6	Terminación de Baños, verificación de mezcladoras, colocación de revestimiento, instalación de barandas de acero inoxidable	C			
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	C			
12	Señalización institucional	C			
13	Señalización Ruta de evacuación	C			
14	Accesibilidad a Personas Discapacitadas	C			
15	Disponibilidad de Parqueos	C			
16	Aspectos que Puedan Generar Posibles Inundaciones	C			
17	Revisión de Líquidos en Equipos de Aires Acondicionados	C			
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 Áceras, Contenes, Asfalto, entre otros	C			
22	Revisión de Instalación de Ventanas, Puertas, entre otros	C			
23	Revisión de Aplicación de Aséptico	C			
24	Revisión Funcionamiento de Paneles LEDS e Iluminación General	C			
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	C			
28	Revisión de Salida de Gases	C			
29	Revisión de Caseta de Gases	C			
30	Revisión de Data	C			
31	Condiciones Salas de Espera	C			
32	Condiciones Baños	C			
33	Limpieza Continua	C			
34	Áreas Exteriores	C			

Renevier Jeger



SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Formulario Inspección de Mobiliario

DADM-FO-016 Versión: 01

Fecha de aprobación: 17/01/2019

Lugar de destino:	HOSPITAL CALVENTI	Fecha de visita:	30/10/2024
Personal visitante:		Propósito de la asignación:	

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

Imágenes	Sillas secretariales	NC	
	Escritorios	C	
	Bancadas	C	
Esterilización	Sillas secretariales	NC	
	Mesas de Comer	C	
Internamiento	Sillon Acompañante	NC	
	Mesa de Noche	C	
	Sillas secretariales	NC	
Laboratorio	Escritorios	C	
	Bancadas	C	
	Sillas secretariales	NC	
Neonatología, UCIN	Escritorios	C	
	Bancadas	C	
	Bancadas	C	
Quirófanos/ Partos	Sillas secretariales	NC	
	Bancadas	C	
	Sillas secretariales	NC	
Emergencia	Escritorios	C	
	Sillas secretariales	NC	
	Escritorios	C	
Unidad de Cuidados Intensivos	Sillas secretariales	NC	
	Sillas secretariales	NC	
Odontología	Sillas	C	
	Mesas	C	
Cocina	Sillas secretariales	NC	
	Escritorios	C	
	Bancadas	C	

Reneis Vega

HOSPITAL CALVENTI.



Planilla de Verificación de Gases Médicos

DADM-FO-017 Versión: 01

Fecha de aprobación: 14/03/2019

Fecha Realización:

30/10/2024

Tiempo de Ejecución:

Rutina De Mantenimiento Preventivo Planificado	1	2	3	Observaciones
Inspeccionar las condiciones ambientales en las que se encuentra el equipo.				
Efectuar limpieza integral externa del equipo.	✓	✓	✓	✓ Haz que complete los gases medicinales
Inspeccionar externamente el equipo.				
Inspeccionar Electrodo pH, PO, PCO, cambiar membranas e instalar en la recamara.	✓	✓	✓	
Verificar los dispositivos de control, indicadores y presentadores.	✓	✓	✓	
Verificar el valor de la temperatura de la recamara.	✓	✓	✓	
Verificar el sistema de alarma.				
Realizar ciclos de modelos de operaciones.				

Firma del Técnico:

Rennus Vega



SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

HOSPITAL CALVENTI

Plan de Mantenimiento Preventivo

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

Fecha: 30/10/2024

Ficha No: _____

Datos del Equipo

Nombre: PLANTA COMING

Marca: _____ Modelo: _____

Serie: _____

Ubicación: _____ Inventario No. _____

Periodo: 4M 6M 12M Otro: 0 200 Horas de Trabajo

Notas:

Descripción de Acciones

Inspección Física

Revisión Operacional

Verificación Autodiagnóstico

Otras acciones:

Cambio de aceite

Materiales Utilizados

Condición Final

Planta eléctrica
Nombre del Electromédico

Renny Vega
Encargado de Área



Fecha: 30 / 10 / 2024

Informaciones Generales

Establecimiento de Salud: HOSPITAL CALVENTI

Servicio Regional de Salud: _____ Provincia: _____

Nombre Enc. De Mantenimiento: _____ Teléfono: _____

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

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

Resultados	
Total bueno	
Total regular	
Total malo	

Firma Supervisor: _____

Renay Deso

Fecha: 30/10/2024

 Establecimiento: HOSPITAL CALVENTI

Equipo: _____

Ficha: _____

ITEM	VERIFICAR	PARÁMETRO	SEMANAS			
			Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
1	PISOS	1. En buen estado, sin salientes o obstáculos, limpios y sin puntos de tropezón	C	C	C	C
		2. Se mantienen los pasillos peatonales libres de obstáculos y limpios.	C	C	C	C
2	EQUIPOS DE EMERGENCIA	1. Extintores del área en un lugar adecuado, de fácil acceso y con su inspección al día.	C	C	C	C
		2. Puertas/salidas de emergencias sin obstáculos e identificada.	C	C	C	C
		3. Esta identificada la ruta de escape ante una emergencia.	C	C	C	C
		4. Los colaboradores conocen la ubicación de su punto de encuentro (preguntar en el área).	NC	NC	NC	NC
3	ESCALERAS	1. Las escaleras de acceso al área de oficina debe de estar provistas de una huella y contrahuella, libres de obstáculos y sin puntos de tropezón.	C	C	C	C
		2. Escalera de acceso a oficina debe de estar libre de grasa, obstáculos, con cinta anti resbalante	C	C	C	C
4	ESCRITORIOS Y ARMARIOS	1. El peso de la estantería se encuentra repartido de manera uniforme.	C	C	C	C
		2. La estantería que supera los 1.8m de altura se encuentra fija.	C	C	C	C
		3. Escritorios y mesas en buen estado, sin filos cortantes y estables.	C	C	C	C
		4. Están provistos los cajones de escritorios y armarios de topes que impidan su salida accidental.	C	C	C	C
		5. Están las sillas de trabajo en buen estado y constan de apoyabrazos.	NC	NC	NC	NC
l. Si existe una condición fuera de conformidad, corregir inmediatamente.			FIRMA DEL INSPECTOR			
EN LAS INSPECCIONES MARQUE: <input type="checkbox"/> CONFORME <input type="checkbox"/> NO CONFORME						

Rencor Vega

































SISTEMA DE
CANGUZO
HEMODIALISIS

