

FECHA:

30/11/2024

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 y así ofrecer un servicio de calidad y excelencia

OBJETIVO DEL INFORME

El objetivo de este informe es mostrar los mantenimientos realizados en el mes de noviembre a los diferentes equipos y mantenimientos realizados en nuestra infraestructura para garantizar un mejor servicio y larga vida útil de los mismos. Generando un menor costo e inversión.

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.

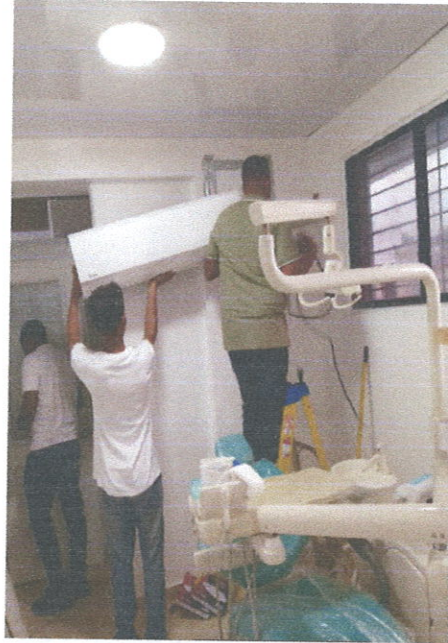
DESARROLLO / HALLAZGOS

Área de cirugía.

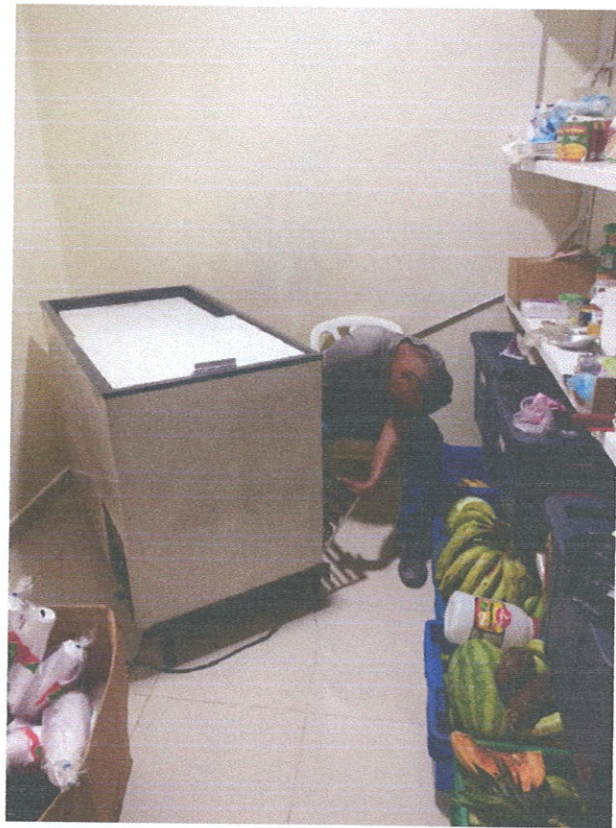
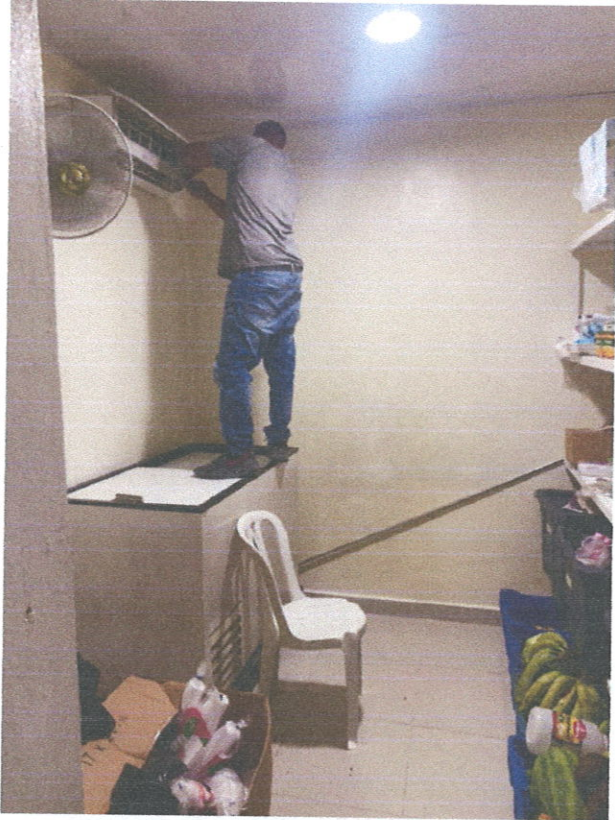
Desinstalación de plafón viejo por nuevos y reparación eléctrica de cable y instalación de lámparas



Departamento de odontología.
plafones dañados por plafones nuevos, por instalación de un nuevo aire acondicionado

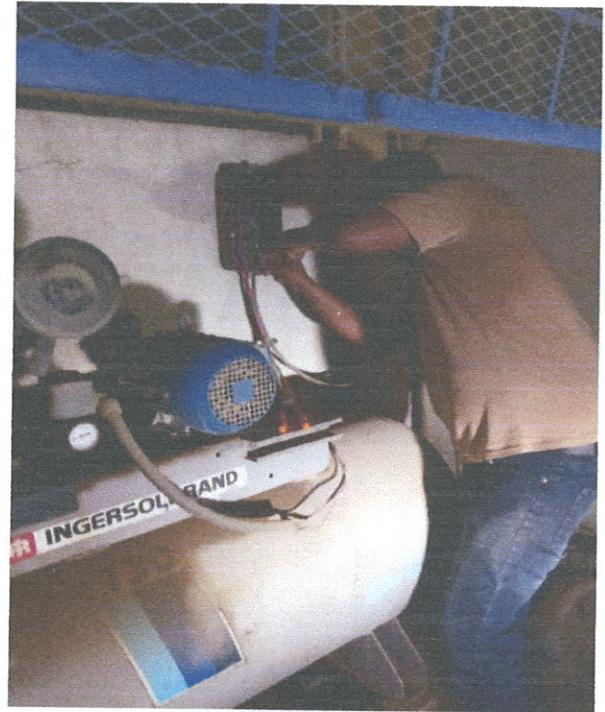
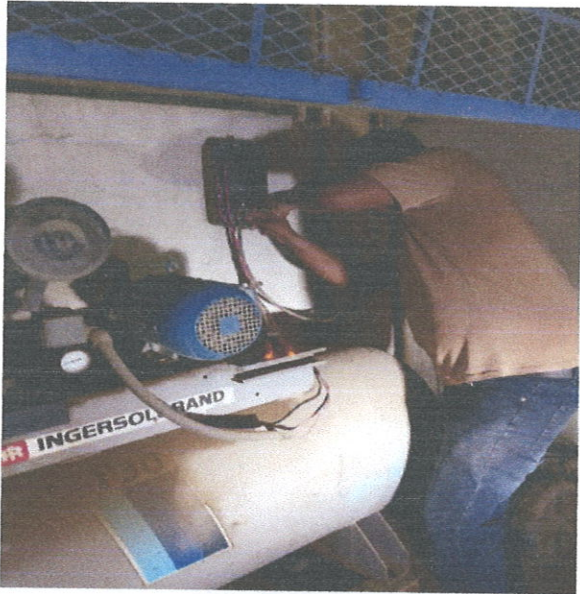


Cocina,
Freezer, Arreglo del panel del condensador y abanico, plafones dañados por plafones nuevos, por cambio de
aire acondicionado.

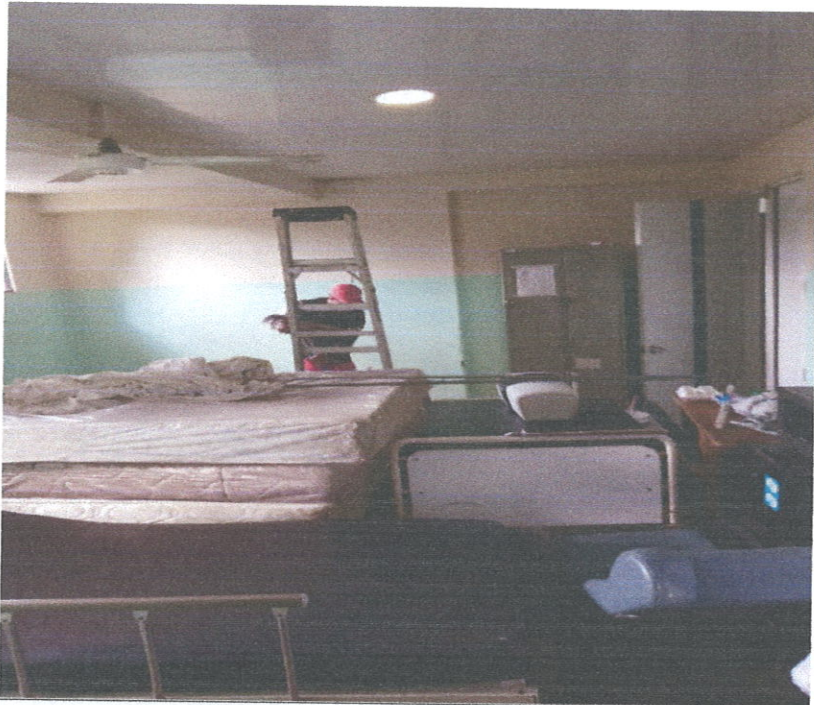
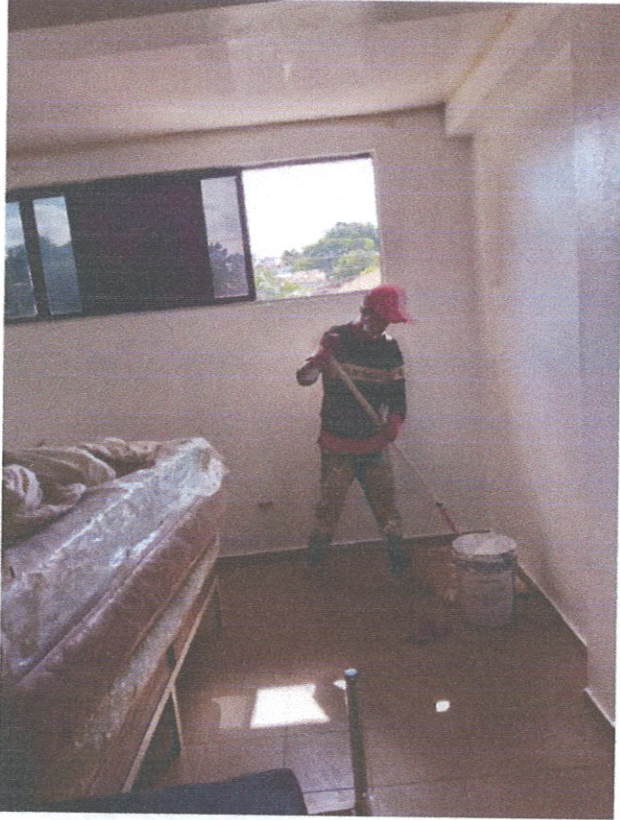


Odontología.

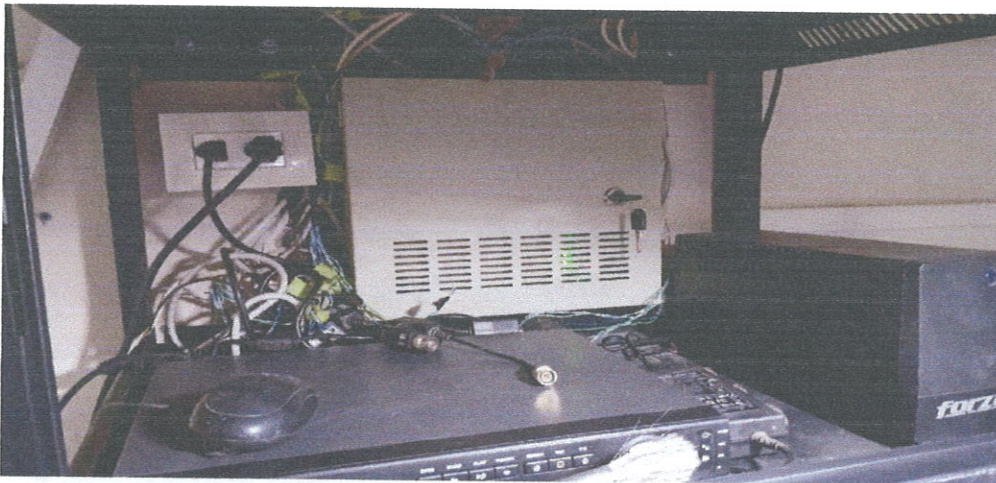
Motor de compresor, reparación de motor, rodamiento y embobinado.



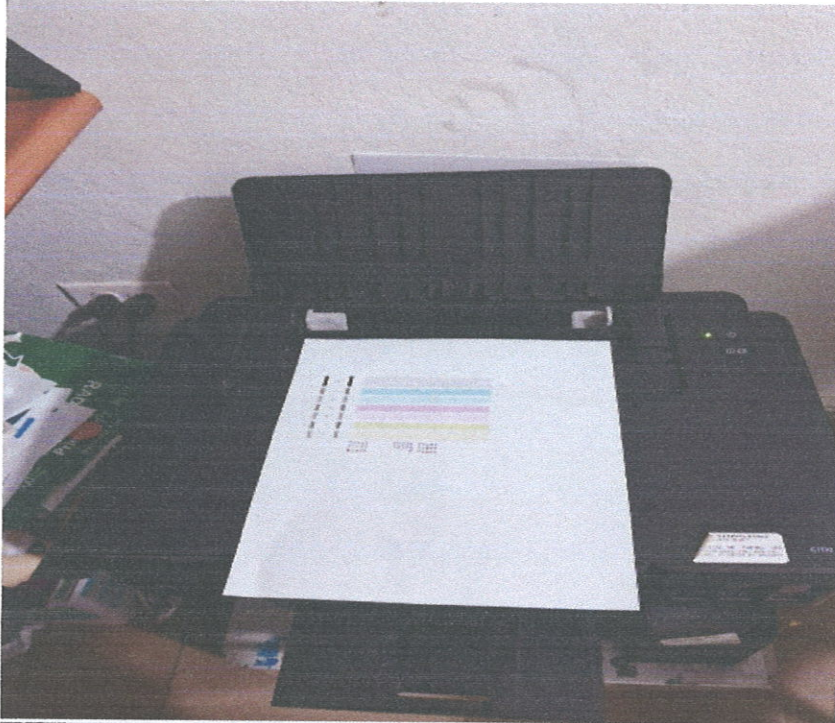
Habitación de los médicos.
Remozamiento y pintura



Cámaras.
Instalación de fuente de emergencia para cámaras.



Cambio de tinta a impresora, área de laboratorio y sonografía

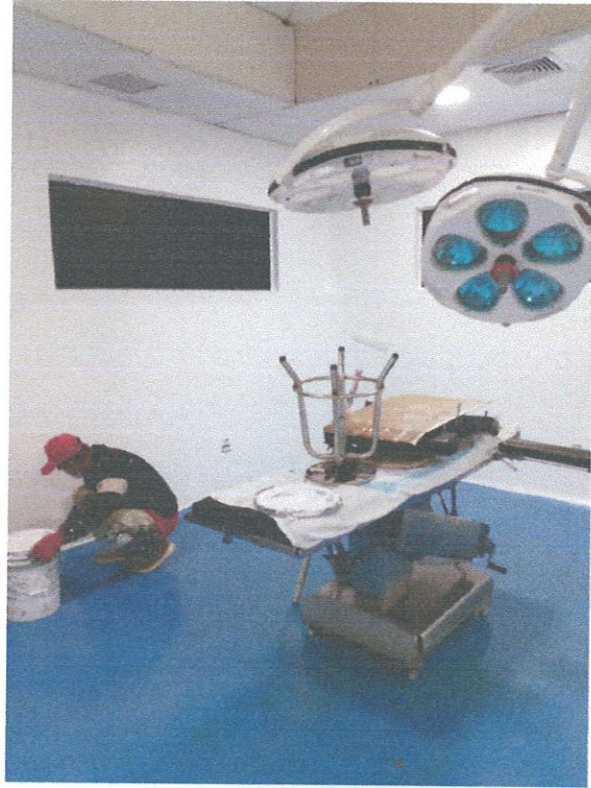
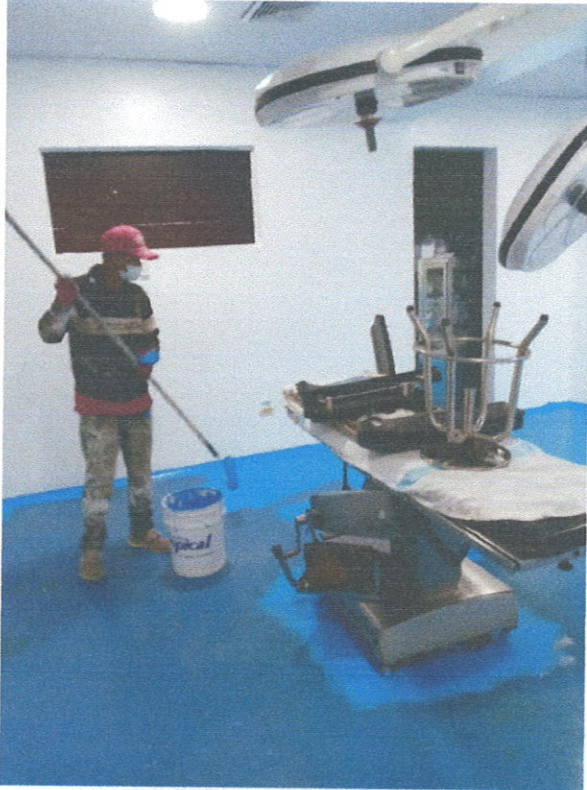


UPS
Cambio de batería, al up asignado a activo fijo.



Cirugía.

Mantenimiento de pintura, área de recuperación, esterilización, limpieza, etc.



Cirugía.
Instalación de tinaco.



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

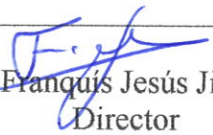
Nombramiento de más personal para el área de mantenimiento de la parte eléctrica y demás áreas, ya que contamos con un solo personal


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. Franquís Jesús Jiménez
Director


Licda. Yuberca Núñez
Administradora

Elaborado por
(Nombre y apellido)



Fecha: 29 / 11 / 2024

Informaciones Generales

Establecimiento de Salud: Hospital Dr. Rafael Castro

Servicio Regional de Salud: Norcentral

Provincia: Santiago

Nombre Enc. De Mantenimiento: _____

Teléfono: 849-770-5516

| | 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 bumpers 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 checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Condición de pintura exterior | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Condición de pintura interior | <input checked="" 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: <i>Hospital Dr. Rojas Contreras</i> | Fecha de visita: <i>29/11/2024</i> |
| Personal visitante: | Propósito de la asignación: |

| De la estructura: | | | | |
|-------------------|---|------------------|----------------------|---|
| No. | Detalles | Cumple/No cumple | Observación | Área Evaluada |
| 1 | Filtraciones | <i>N/C</i> | <i>algunas</i> | <i>Salón</i> |
| 2 | Estabilidad de la edificación, revisión de vigas, columnas, terminaciones | <i>C</i> | | |
| 3 | Terminación de paredes, Pañete | <i>C</i> | | |
| 4 | Presencia de insectos en edificación | <i>C</i> | | |
| 5 | Terminación de Techos | <i>N/C</i> | <i>algunas</i> | <i>todos los niveles Salón, 2do Nivel</i> |
| 6 | Terminación de Baños, verificación de mezcladoras, colocación de revestimiento, instalación de barandas de acero inoxidable | <i>N/C</i> | <i>algunas</i> | <i>2do y 1er Nivel</i> |
| 7 | Revisión de cuarto eléctrico, terminación a los paneles de alimentación eléctrica | <i>C</i> | | |
| 8 | Funcionamiento planta eléctrica | <i>C</i> | | |
| 9 | Funcionamiento de UPS | <i>C</i> | | |
| 10 | Terminación general de piso | <i>C</i> | | |
| 11 | Espacio que cumpla con la estandarización requerida según tipo de área, Emergencias, Quirófanos, esterilización, Hospitalización, entre otras | <i>N/C</i> | <i>Cinco en área</i> | <i>Merced de Izab 3er Nivel</i> |
| 12 | Señalización institucional | <i>N/C</i> | | |
| 13 | Señalización Ruta de evacuación | <i>C</i> | | |
| 14 | Accesibilidad a Personas Discapacitadas | <i>C</i> | | |
| 15 | Disponibilidad de Parquesos | <i>N/C</i> | <i>frente</i> | <i>1er Nivel</i> |
| 16 | Aspectos que Puedan Generar Posibles Inundaciones | <i>C</i> | | |
| 17 | Revisión de Liqueos en Equipos de Aires Acondicionados | <i>C</i> | | |
| 18 | Revisión de Sistema de Cámaras | <i>C</i> | | |
| 19 | Revisión de Sistema Contra Incendio | <i>C</i> | | |
| 20 | Terminación de Muebles Preinstalados en Melamina | <i>C</i> | | |
| 21 | Terminación de Aceras, Contenes, Asfalto, entre otros | <i>N/C</i> | <i>frente</i> | <i>1er Nivel</i> |
| 22 | Revisión de Instalación de Ventanas, Puertas, entre otros | <i>N/C</i> | <i>algunas</i> | <i>Salón</i> |
| 23 | Revisión de Aplicación de Aséptico | <i>N/C</i> | | |
| 24 | Revisión Funcionamiento de Paneles LEDS e Iluminación General | <i>N/C</i> | <i>Falta algunas</i> | <i>2do Nivel</i> |
| 25 | Revisión de Funcionamiento Tomacorrientes y UPS | <i>C</i> | | |
| 26 | Revisión de Dimensiones de las Áreas donde se Instalan los Equipos Médicos | <i>C</i> | | |
| 27 | Revisión de Preinstalación de Equipos Médicos | <i>N/A</i> | | |
| 28 | Revisión de Salida de Gases | <i>N/A</i> | | |
| 29 | Revisión de Caseta de Gases | <i>N/A</i> | | |
| 30 | Revisión de Data | <i>C</i> | | |
| 31 | Condiciones Salas de Espera | <i>C</i> | | |
| 32 | Condiciones Baños | <i>C</i> | | |
| 33 | Limpieza Continua | <i>C</i> | | |
| 34 | Áreas Exteriores | <i>C</i> | | |

| | | | |
|----------------------------|----------------------------------|------------------------------------|-------------------|
| Lugar de destino: | <i>Hospital Dr. Rafael Coste</i> | Fecha de visita: | <i>29/11/2024</i> |
| Personal visitante: | | Propósito de la asignación: | |

| Área | Mobiliario | Cumple/No cumple | Condición del mobiliario |
|-------------------------------|----------------------|------------------|--------------------------|
| Imágenes | Sillas secretariales | C | |
| | Escritorios | C | |
| | Bancadas | C | |
| Esterilización | Sillas secretariales | C | |
| Internamiento | Mesas de Comer | C | |
| | Sillon Acompañante | C | |
| | Mesa de Noche | C | |
| Laboratorio | Sillas secretariales | C | |
| | Escritorios | C | |
| | Bancadas | C | |
| Neonatología, UCIN | Sillas secretariales | N/A | |
| | Escritorios | N/A | |
| | Bancadas | N/A | |
| Quirófanos/ Partos | Bancadas | C | |
| | Sillas secretariales | C | |
| Emergencia | Bancadas | C | |
| | Sillas secretariales | C | |
| | Escritorios | C | |
| Unidad de Cuidados Intensivos | Sillas secretariales | N/A | |
| Odontología | Sillas secretariales | C | |
| Cocina | Sillas | C | |
| | Mesas | C | |
| Consultorios | Sillas secretariales | C | |
| | Escritorios | C | |
| | Bancadas | C | |



| Personal | |
|----------------|------------|
| Fecha | 15/11/2021 |
| Área a Cargo | Seminarios |
| Usuario Equipo | Yoncho |

| Detalles Equipo Defectuoso | |
|----------------------------|--------------|
| Tipo de Equipo | Impresora |
| Marca Equipo | HP Smart Set |
| Modelo de Equipo | |
| Descripción | |
| S/N | |
| Accesorios | |
| Fecha de Reporte | |

| Detalles Equipo Defectuoso | |
|---|-----------------|
| No. de Activo Fijo: | 442-0855 |
| Procedimiento de Evaluación: | |
| Diagnóstico: | Cambio de toner |
| Causa: | |
| Recomendaciones: | |
| <p>Verificado por: este campo es para firma, las cuales serán:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En caso de los informáticos regionales, firmará el técnico del nivel central que verifique el equipo remitido. • En caso Sede Central, • En caso de edificio 2, • En caso de edificio 3, | |

Recibido por: Yoncho

Entregado por: Julio



| Personal | |
|----------------|-----------|
| Fecha | 13/4/2024 |
| Área a Cargo | Cabildo |
| Usuario Equipo | Saydi |

| Detalles Equipo Defectuoso | |
|----------------------------|-------------|
| Tipo de Equipo | Impresora |
| Marca Equipo | HP LaserJet |
| Modelo de Equipo | |
| Descripción | |
| S/N | |
| Accesorios | |
| Fecha de Reporte | |

| Detalles Equipo Defectuoso | |
|---|-------------------|
| No. de Activo Fijo: | 412-1154 |
| Procedimiento de Evaluación: | |
| Diagnóstico: | |
| Causa: | Cambio de terreno |
| Recomendaciones: | |
| <p>Verificado por: este campo es para firma, las cuales serán:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En caso de los informáticos regionales, firmará el técnico del nivel central que verifique el equipo remitido. • En caso Sede Central, • En caso de edificio 2, • En caso de edificio 3, | |

Recibido por: Sandy Gonzalez

Entregado por: Saydi



| Personal | |
|----------------|------------|
| Fecha | 13/11/2021 |
| Área a Cargo | Laberinto |
| Usuario Equipo | |

| Detalles Equipo Defectuoso | |
|----------------------------|--------------|
| Tipo de Equipo | Impresora Hp |
| Marca Equipo | DotJet |
| Modelo de Equipo | |
| Descripción | |
| S/N | |
| Accesorios | |
| Fecha de Reporte | |

| Detalles Equipo Defectuoso | |
|---|-------|
| No. de Activo Fijo: | 4-12- |
| Procedimiento de Evaluación: | |
| Diagnóstico: | |
| Causa: | |
| Recomendaciones: | |
| Verificado por: este campo es para firma, las cuales serán: <ul style="list-style-type: none">• En caso de los informáticos regionales, firmará el técnico del nivel central que verifique el equipo remitido.• En caso Sede Central,• En caso de edificio 2,• En caso de edificio 3, | |

Recibido por: Ida Rodríguez

Entregado por: Jelis



| Personal | |
|----------------|-------------|
| Fecha | 28/11/2018 |
| Área a Cargo | Activo fijo |
| Usuario Equipo | Constru |

| Detalles Equipo Defectuoso | |
|----------------------------|-----------|
| Tipo de Equipo | UPS |
| Marca Equipo | Omnipower |
| Modelo de Equipo | |
| Descripción | |
| S/N | |
| Accesorios | |
| Fecha de Reporte | |

| Detalles Equipo Defectuoso | |
|---|--------------------------|
| No. de Activo Fijo: | |
| Procedimiento de Evaluación: | |
| Diagnóstico: | Cambio de batería de UPS |
| Causa: | |
| Recomendaciones: | |
| Verificado por: este campo es para firma, las cuales serán: <ul style="list-style-type: none">• En caso de los informáticos regionales, firmará el técnico del nivel central que verifique el equipo remitido.• En caso Sede Central,• En caso de edificio 2,• En caso de edificio 3, | |

Recibido por: Julio

Entregado por: Julio