

FECHA:

31/1/2025

DATOS GENERALES

Lugar: DCSNS SRS Hospital CPN

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

Área: Administración

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 enero a los diferentes equipos y mantenimientos realizados en nuestra infraestructura para garantizar larga vida útil de los mismos. Generando un menor costo e inversión.

METODOLOGIA (Si aplica)

La metodología utilizada para realizar los mantenimientos es utilizando los formularios estandarizados entre los cuales están las solicitudes de servicio de mantenimientos, petición de trabajo, inspección diaria de planta eléctrica, inspección de infraestructura y de mobiliario, higiene y ornato, formulario de incidencias tecnológicas, así como las fotos de la realización del trabajo.

DESARROLLO / HALLAZGOS

En este mes de enero se realizaron los siguientes mantenimientos:

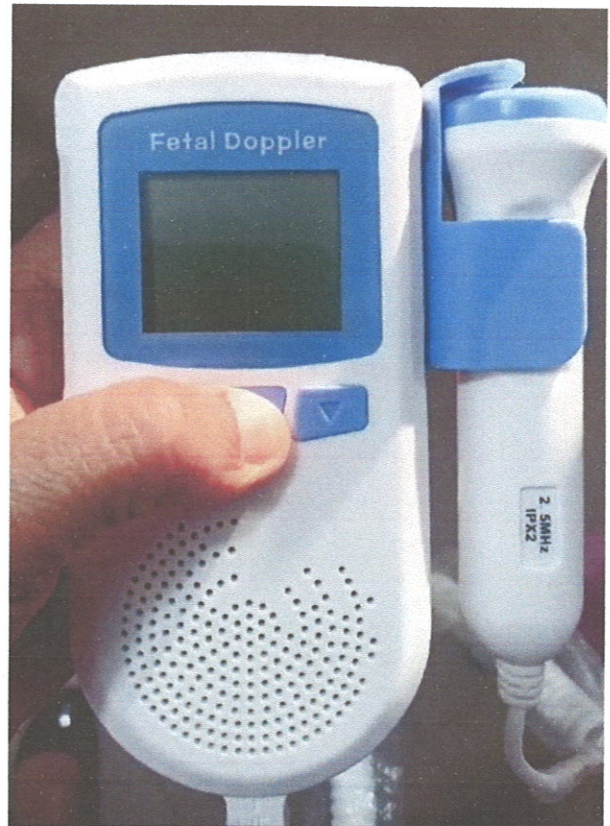
Cambio de sirena a la ambulancia



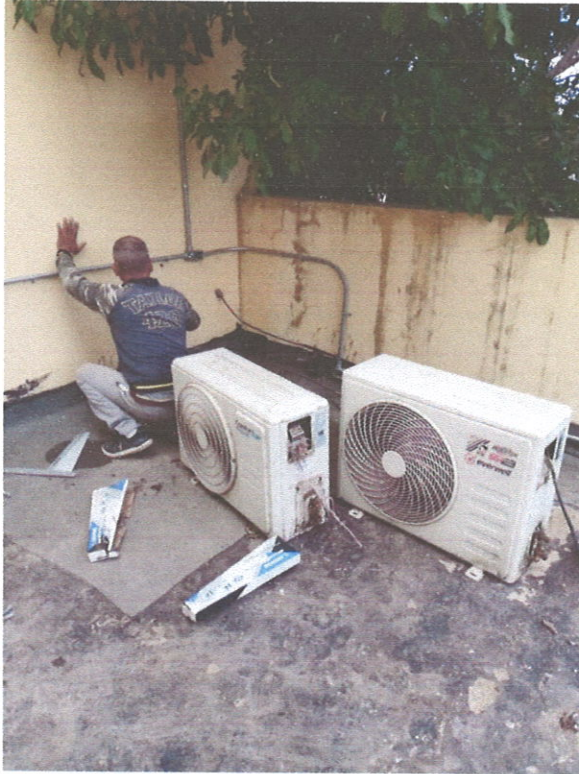
Cambio de laringoscopio dañado por uno nuevo, cambio de frasco y manguera de aspirador



Revisión de lámparas y monitor fetal en cirugía



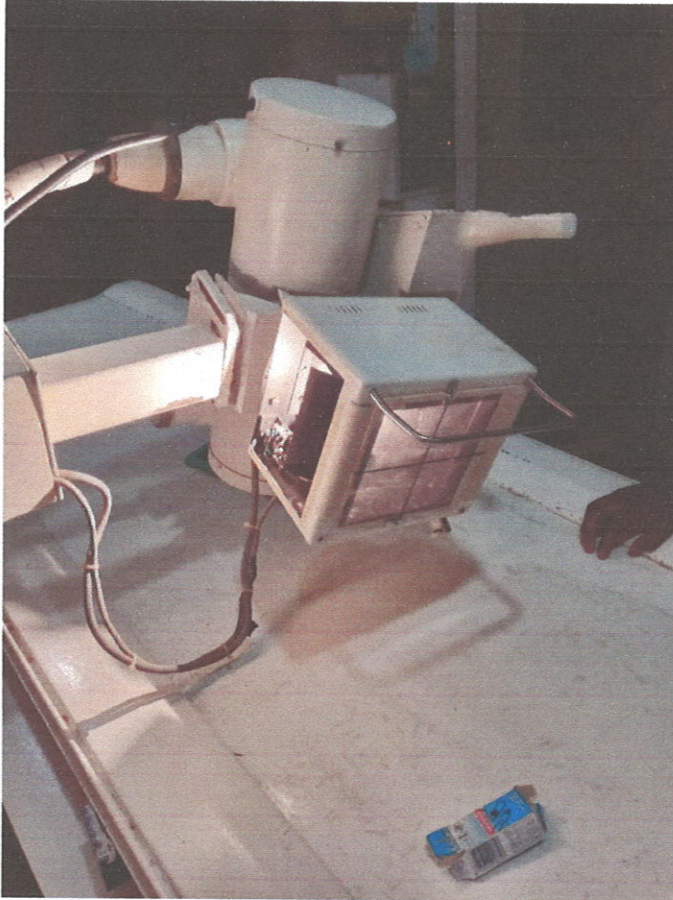
Sellador de filtros en la azotea, cambio de lugar de aires acondicionados



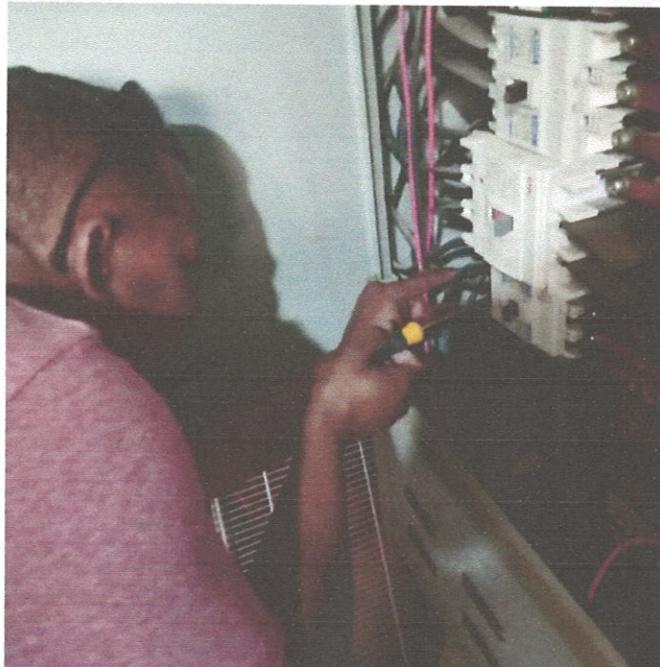
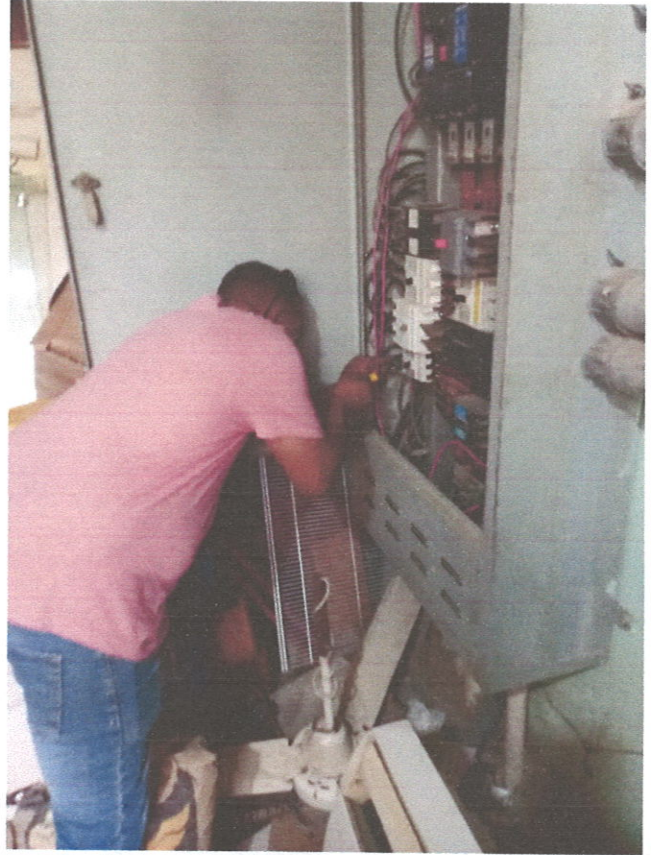
Revisión y chequeo de lavadora



Cambio de bombillo de colimador de rayo x



Cambio de Main Braker en el sótano (laboratorio, emergencia, cocina)



Iluminación del área de emergencia



Cambio de llavín de la puerta de administración



Cambio de tapa de inodoro en baño de administración

Antes



Después



Ajuste de balanza en el área de la despensa



Cambio de ubicación del tanque de gas



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

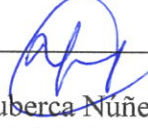
Nombramiento de más personal para el área de mantenimiento de la parte eléctrica y demás áreas, ya que contamos con un solo personal

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.



Licda. Yuberca Nuñez
Administradora

Elaborado por
(Nombre y apellido)



Lugar de destino:	<i>Hospital Dr. Rafael Castro</i>	Fecha de visita:	<i>30/11/2025</i>
Personal visitante:		Propósito de la asignación:	<i>Preventivo / Rotativo</i>

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

Imágenes	Sillas secretariales	<i>C</i>	<i>Bueno</i>
	Escritorios	<i>C</i>	
	Bancadas	<i>C</i>	
Esterilización	Sillas secretariales	<i>C</i>	<i>"</i>
		<i>C</i>	
Internamiento	Mesas de Comer	<i>C</i>	
	Sillon Acompañante	<i>N/A</i>	
	Mesa de Noche	<i>C</i>	
Laboratorio	Sillas secretariales	<i>C</i>	<i>Bueno.</i>
	Escritorios	<i>C</i>	
	Bancadas	<i>C</i>	
Neonatología, UCIN	Sillas secretariales		
	Escritorios		
	Bancadas		
Quirófanos/ Partos	Bancadas	<i>N/A</i>	
	Sillas secretariales	<i>N/A</i>	
Emergencia	Bancadas	<i>C</i>	<i>Bueno.</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>	<i>Bueno.</i>
	Mesas	<i>C</i>	
Consultorios	Sillas secretariales	<i>C</i>	
	Escritorios	<i>C</i>	
	Bancadas	<i>C</i>	

Lugar de destino: <i>Hospital Dr. Rafael Costas</i>	Fecha de visita: <i>30/11/2025</i>
Personal visitante:	Propósito de la asignación: <i>Preventivo Correctivo</i>

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	NIC		<i>Arrendón, Feb. Correo</i>
6	Terminación de Baños, verificación de mezcladoras, colocación de revestimiento, instalación de barandas de acero inoxidable	C	<i>mantenimiento algunos.</i>	<i>2do Nivel</i>
7	Revisión de cuarto eléctrico, terminación a los paneles de alimentación eléctrica	C		<i>5er Nivel</i>
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 Pasarelas	NIC		<i>5er Nivel, Calle Repanación</i>
16	Aspectos que Puedan Generar Posibles Inundaciones	NIC	<i>Moque</i>	
17	Revisión de Líquidos en Equipos de Aires Acondicionados	C		<i>+ todos</i>
18	Revisión de Sistema de Cámaras	C	<i>degeneran más</i>	<i>Correas 5er Nivel</i>
19	Revisión de Sistema Contra Incendio	C		
20	Terminación de Muebles Preinstalados en Melamina	C		
21	Terminación de Aceras, Contenes, Asfalto, entre otros	NIC		<i>Frente / Reparación de calle</i>
22	Revisión de Instalación de Ventanas, Puertas, entre otros	C		
23	Revisión de Aplicación de Aséptico	E		<i>En cirugía / cura.</i>
24	Revisión Funcionamiento de Paneles LEDS e Iluminación General	NIC	<i>Faltan algunos</i>	<i>5er, 2do Sotano</i>
25	Revisión de Funcionamiento Tomacorrientes y UPS	C		<i>to dos áreas.</i>
26	Revisión de Dimensiones de las Áreas donde se Instalan los Equipos Médicos	N/A		
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			
31	Condiciones Salas de Espera			
32	Condiciones Baños			
33	Limpieza Continua	NIC	<i>algunos</i>	<i>3er, 2do Nivel</i>
34	Áreas Exteriores	C		

Fecha: 30 / 1 / 2025

Informaciones Generales

Establecimiento de Salud: Hospital Dr. Rafael Castro

Servicio Regional de Salud: Norcentral

Provincia: Santiago

Nombre Enc. De Mantenimiento: _____

Teléfono: 849-220-5514

	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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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 checked="" 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 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Canalización aguas residuales	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Condición de mobiliarios	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42 Ruta para desechos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43 Rutas de acceso	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44 Suministro de agua en general	<input checked="" 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>37</u>
Total regular	<u>7</u>
Total malo	

Firma Supervisor: _____



Personal	
Fecha	7/1/2019
Área a Cargo	Labores
Usuario Equipo	Grace

Detalles Equipo Defectuoso	
Tipo de Equipo	UPS
Marca Equipo	APC
Modelo de Equipo	S110
Descripción	
S/N	
Accesorios	
Fecha de Reporte	

Detalles Equipo Defectuoso	
No. de Activo Fijo:	8-12-1150
Procedimiento de Evaluación:	
Diagnóstico:	Cambio de Batería a 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: Grace Espichel

Entregado por: Jafro



Personal	
Fecha	8/04/2018
Área a Cargo	Sayuanis Tato
Usuario Equipo	taty

Detalles Equipo Defectuoso	
Tipo de Equipo	Impresora
Marca Equipo	Epson
Modelo de Equipo	L3210
Descripción	
S/N	
Accesorios	
Fecha de Reporte	

Detalles Equipo Defectuoso	
No. de Activo Fijo:	412-0283
Procedimiento de Evaluación:	
Diagnóstico:	Cambio de tinte/llenado
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: _____

Entregado por: _____



Personal	
Fecha	21/1/2018
Área a Cargo	Reyón
Usuario Equipo	

Detalles Equipo Defectuoso	
Tipo de Equipo	Impresora
Marca Equipo	Epson
Modelo de Equipo	L3250
Descripción	
S/N	
Accesorios	
Fecha de Reporte	

Detalles Equipo Defectuoso	
No. de Activo Fijo:	442-0218
Procedimiento de Evaluación:	
Diagnóstico:	Verade de tinta
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:

Entregado por:



SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD

Formulario para Solicitud de Servicio de Mantenimiento

DADM-FO-018 Versión: 01
Fecha de aprobación: 14/03/2019

Fecha Realización:

22/1/25

Área Solicitante:

Trabajos a Efectuar

cambio de tarro y mantenimiento

Observaciones

Firma del Solicitante

Firma del Técnico

