



GOBERNACION DEL HUILA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

ANEXO 2

SNS 3000-VMH

**INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN DE DIFERENTES ASPECTOS DEL
MANTENIMIENTO HOSPITALARIO BAJO GRADO DE COMPLEJIDAD**

Organización

Dispone de una dependencia responsable del Mantenimiento Hospitalario

a) Si _____ (escriba el nombre y de quien depende orgánicamente)

____SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

NINFA TOVAR QUEVEDO

b) No _____ (describa quien responde por el Mantenimiento Hospitalario)

Plan de Mantenimiento Hospitalario

2.1 Verifique y describa si hay un Plan de mantenimiento de la Infraestructura SI
(el plan está escrito? SI,

Hay una cartelera con las actividades y la asignación de responsabilidades? NO,
se está diligenciando un formato que contenga como mínimo lo establecido en el Anexo 1 de la
presente circular?, SI, etc)

2.2 Verifique y describa si hay un Plan de mantenimiento de la Dotación SI
(el plan está escrito? SI,

hay una cartelera con las actividades y la asignación de responsabilidades? Si, oficina de Activos Fijos
se está diligenciando un formato que contenga como mínimo lo establecido en el Anexo 1 de la
presente circular? SI, etc).

Recurso Humano que se emplea en el mantenimiento

3.1 Número de Profesionales (escriba el número y la profesión de cada uno)_SI
UN (1) INGENIERO BIOMEDICO

3.2 Número de Técnicos (escriba el número y la especialidad de cada uno) SI
UN (1) TECNICO PROFESIONAL ELECTRICISTA

3.3 Número de Auxiliares (escriba el número y la especialidad de cada uno) NO
Se realiza por contratación

Recurso Financiero

4.1 Indique como asignan y distribuyen los recursos para el Mantenimiento Hospitalario: Los recursos
se asignan de acuerdo al valor del presupuesto aprobado y se distribuyen tanto para el área
administrativa y área asistencial.



Certificado
No. GP 019-1



CARRERA 20 No. 5B-36; PBX 8701980 ext. 130; FAX 201 Neiva-Huila
e-mail saludhuila@hotmail.com



Certificado
No SC 4353-1



GOBERNACION DEL HUILA

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

- 4.2 Recursos previstos totales por la Institución Prestadora de Servicios de Salud durante el presente año TRECE MIL TRESCIENTOS SESENTA Y NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS MC/te. (\$13.369.863.891)
- 4.3 Recursos previstos para el Mantenimiento Hospitalario durante el presente año.
\$ 1.016.332.289 MC/te. (Esta respuesta debe coincidir con el valor reportado en el certificado de asignación y ejecución del recurso descrito en la presente circular)
- 4.4 Los recursos de Mantenimiento previstos equivalen al 5% del Presupuesto Total (esta respuesta debe coincidir con el valor reportado en el certificado de asignación y ejecución del recurso descrito en la presente circular)
- 4.5 Recursos asignados al presente año para el Mantenimiento de la Dotación
\$ \$ 322.003.154 (esta respuesta debe coincidir con el valor reportado en el certificado de asignación y ejecución del recurso descrito en la presente circular)
- 4.6 Recursos asignados el presente año para el Mantenimiento de la Infraestructura
\$ \$ 694.329.135 (esta respuesta debe coincidir con el valor reportado en el certificado de asignación y ejecución del recurso descrito en la presente circular)

Gestión del Servicio de Mantenimiento

5.1 Con el recurso humano propio disponible, cuales son las dependencias que reciben mantenimiento (Describa las dependencias como por ejemplo: calderas, lavandería, Imagenología, etc) Ninguna.

5.2 Describa quien y como se realizan las Auditorias de los Contratos de Mantenimiento que celebra la Institución con empresas (Describa el tipo de auditoria y revisión de contratos, verificación del cumplimiento del mismo etc.): Subdirección administrativa y Financiera

5.3 Describa si tienen informes de accidentes ocurridos con equipos? (que hacen cuando sucede un accidente) Se realiza el reporte por parte del encargado del equipo, si se puede reparar lo hace el ing biomédico, si es defecto de fábrica se hace reporte al invima,(foreia001, formato donde se reporte cualquier evento o incidente adverso)

5.4 Tienen registros de Actividades del servicio de mantenimiento de la institución? SI
(Describa si registran el costo y los cambios de repuestos, pago de supernumerarios, gastos adicionales sufragados por caja menor, número de horas empleadas en reparaciones etc. SI POR ORDEN DE SUMINSTRO

5.5 Llevan hojas de vida de los equipos, (escoja al azar tres equipos, verifique la existencia y el diligenciamiento de la hoja de vida de estos y describa si esta actualizada, tiene la descripción del equipo, el número del inventario, la ubicación física, el área o servicio responsable, el nombre del responsable del servicio técnico del equipo, el número y fecha del contrato de mantenimiento y la modalidad del mantenimiento que recibe: SI
(p. Ej. Solo correctivo, correctivo y preventivo, periódico, por llamado etc?) Preventivo y Correctivo



Certificado
No. GP 019-1



CARRERA 20 No. 5B-36; PBX 8701980 ext. 130; FAX 201 Neiva-Huila
e-mail saludhuila@hotmail.com



Certificado
No SC 4353-1



GOBERNACION DEL HUILA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

5.6 El servicio de mantenimiento presta algún tipo de apoyo al personal asistencial en el manejo de equipos, (describa las actividades que realiza) SI, Asesoría y orientación sobre el manejo y soporte técnico que debe hacerse de los equipos a cargo de los funcionarios.

5.7 Conoce el Decreto 1769 de 1994, sobre Mantenimiento Hospitalario? SI

5.8 Los funcionarios responsables del Mantenimiento han recibido últimamente alguna capacitación? (describa el nombre del curso, el número de asistentes, si estos todavía laboran en la institución y el lugar o la empresa que lo dicto) :NO

Inventarios

(Verifique la existencia de inventarios. Este ítem debe cubrir las descripciones expuestas en el anexo 1 de la presente circular)

6.1 Inventario Si No _____

(Describa si el inventario está completo, incompleto etc) completo.

6.2 Planos de las Redes?
Si _____
No

(Describa si los planos están completo, incompleto etc)

6.3 Equipos Biomédicos?
Si No _____

(Describa si el inventario está completo, incompleto etc) completo

6.4 Equipos Industriales de uso Hospitalario?
Si X
No _____

(Describa si el inventario está completo, incompleto etc) completo.

6.5 Planos de las áreas físicas?
Si No _____

(Describa si están completo, incompleto etc) Completo SI

6.6 Equipos de Comunicación e informática?
Si No _____

(Describa si el inventario está completo, incompleto etc)completo.



Certificado
No. GP 019-1



CARRERA 20 No. 5B-36; PBX 8701980 ext. 130; FAX 201 Neiva-Huila
e-mail saludhuila@hotmail.com



CERTIFICADO
ISO 9001
Certificado
No SC 4353-1



GOBERNACION DEL HUILA

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

6.7 Muebles de uso asistencial y administrativo?

Si X

No

(Describa si el inventario está completo, incompleto etc) completo.

6.8 Otros equipos y elementos no contemplados en los ítems?

Si X

No

(Describa si el inventario está completo, incompleto etc) completo.

Espacios físicos para el desarrollo del Mantenimiento

7.1 Tiene talleres para Mantenimiento, Si

No X

(describa como es el local, se puede considerar adecuado, espacioso, cuenta con muebles para el efecto, etc) _____

7.2 Tiene oficina para el desarrollo de las actividades administrativas del Mantenimiento, Archivo y Almacén de repuestos, Si

No X

(describa como se almacena, existe tarjetero o kardex, esta distribuido por secciones, hay organización, tiene inventario de repuestos, etc) _____

Dotación del Servicio de Mantenimiento

8.1 Tiene bancos de trabajo para realizar las actividades de Mantenimiento y reparación de equipos?

Si

No X

(Describa como son los muebles, se pueden considerar adecuados, son suficientes, etc) _____

8.2 Tiene herramientas para realizar las actividades de Mantenimiento y reparación de equipos?

Si X

No

(Describa se pueden considerar adecuados, son suficientes, etc) _____
Adecuados

8.3 Dispone de manuales técnicos de los equipos? (Verifique la existencia de por lo menos los manuales de los Equipos de rayos x, y de los equipos de mantenimiento de la vida, si no existen describa el porque o donde se encuentran) Si, Cada equipo dispone de manual.

En las casillas Pr y Co se marcara con una X según corresponda el caso. En la casilla Est se marcara con 1, 2, 3... Según el inspector considere

Las filas que se encuentren debajo de la descripción (por ejemplo equipo de Imagenologia y diagnostico, equipo de laboratorio etc) se deben llenar con el nombre del equipo que conformen el servicio y que se consideren más relevantes





GOBERNACION DEL HUILA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

Verificación del Mantenimiento de la Dotación

9.1 Mantenimiento del Equipo Biomédico	Unidad	Pr.	Co.	Est.
9.1.1 Equipo de Diagnostico				
Doppler	32		X	1
Ecógrafo	1		X	1
Electrocardiógrafo	3		X	1
Equipo de órganos de los sentidos	43		X	1
Fonendoscopios	73		X	1
Rayos X Odontológicos	2		x	1
Negatoscopio	23		X	1
Tensiómetros	107		X	1
9.1.2 Equipo para tratamiento y Mantenimiento de la vida				
Bombas de infusion	3		x	1
Flujometro	23		X	1
Aspirador de secreciones	6		X	1
Pesas	128		X	1
Desfibrilador	4		X	1
Electro bisturí				
Incubadora				
Incubadora para laboratorio	1		x	1
Incubadora de transporte				
Lámpara Cielítica Portátil				
Lámpara Cielítica	1		X	1
Lámpara de examen cuello de cisne	33		X	1
Lámpara de calor Radiante	1		x	1
Lámpara Fototerapia				
Laringoscopios	6		x	1
Maquina de anestesia				
Mesa de Cirugía				
Mesa de Partos				
Monitor de signos vitales	4		X	1
Monitor Fetal	1		x	1
Unidad Odontológica	17		X	1
Unidad Odontológica Portátil	19		X	1
Amalgamador	10		X	1
Amalgamador	3		x	3
Lámpara de fotocurado	38		X	1
Pieza de alta	18		X	1
micromotores	33		X	1
termohigrometro	22		x	1
scaller	11		X	1





GOBERNACION DEL HUILA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

Cavitron	13		x	1
9.1.3 Equipo para Rehabilitación				
Nebulizadores	3		x	1
Succionador	6		x	1
9.1.4 Equipo para Prevención				
Pulsoxímetro	2		X	1
9.1.5 Equipo para Análisis de Laboratorio				
Agitador	1		X	1
Analizador de química	1		X	1
Baño serológico			X	1
Centrifuga	4		X	3
Centrifuga	1		x	1
Equipo de hematología	1		x	1
Micro Centrifuga	1		X	1
Microscopio	2		X	1
Microscopio	1		x	3
Piano cuenta células			X	3
Contador de células	1		x	1
Pipeta automática	6		X	1
Lector tiras de orina	1		X	1
9.2 Mantenimiento de Equipo Industrial de uso Hospitalario				
9.2.1 Equipos para Lavandería y Cocina				
Lavadora	4		X	1
Plancha Industrial				
Secadora	4		x	1
9.2.2 Equipo para Esterilización y Autoclaves				
Autoclaves	7		X	1
Esterilizadores				
Horno esterilizador				
Olla para esterilización				
Lavadora ultrasónica	3		X	1
9.2.3 Equipo de Refrigeración y aire acondicionado				
Enfriadores				
Neveras	13		X	1
Nevera				
Refrigerador	8		X	1
Refrigerador				
Congelador	6		x	1
Aires acondicionados	30		X	1
9.2.4 Calderas, bombas, plantas eléctricas				
Incinerador				
Motobombas Electrica electrobomba	2		x	1



Certificado
No. GP 019-1



CARRERA 20 No. 5B-36; PBX 8701980 ext. 130; FAX 201 Neiva-Huila
e-mail saludhuila@hotmail.com



CERTIFICADO
ISO 9001
Certificado
No SC 4353-1



GOBERNACION DEL HUILA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

Planta eléctrica	8		X	1
Compresores	10		X	1
Tanques de abastecimiento	2		X	1
Tanques de almacenamiento	18		X	1
9.2.5 Otros industriales de uso Hospitalario				
Ambulancia	2		X	1
Ambulancia medicalizada	1		X	1
Unidad Móvil				
Unidad Móvil	1		X	1
Vehiculos carros	6		X	1
Vehículos motos				
9.2.6 Equipos de Seguridad				
Extintores	55		X	1
9.3 Mantenimiento de muebles para uso administrativo y para uso asistencial				
Camas				
Camillas	82		X	1
Camillas				
Comederos				
Cunas				
Escritorio	151		X	1
Mesas de noche				
Sillas Rimax	120		X	1
Sillas ergonomicas	178		x	1
Sillas ergonomicas				
Salas interlocutoras	115		x	1
Sillas universitaria	60		x	1
Sillas universitaria				
Sillas metalicas				
Sillas tandem	38		x	1
Sillas tandem				
9.4 Mantenimiento de equipos de comunicación e informática				
Computadores	227		X	1
Computadores				
Computadores portatil	5		x	1
Computador portatil				
Conmutador telefónico	1		X	1
Radio teléfono	29		X	1
Radio Base	5		x	1
Radio Base Repetidor	1		x	1
Radio Movil	6		x	1



Certificado
No. GP 019-1



CARRERA 20 No. 5B-36; PBX 8701980 ext. 130; FAX 201 Neiva-Huila
e-mail saludhuila@hotmail.com



Certificado
No SC 4353-1



GOBERNACION DEL HUILA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

10. Verificación del mantenimiento de la Infraestructura

10.1 Mantenimiento de Edificios	Pr.	Co.	Est.
Administración		X	1
Consulta Externa		X	1
Hospitalización		X	1
Laboratorio clinic		X	1
Partos		X	1
Promoción y Prevencion		X	1
Servicios generales		X	1
Urgencias		X	1
10.2 Mantenimiento de Instalaciones Físicas		X	1
Garajes		X	1
Cuartos para plantas y subestaciones eléctricas		X	1
Cuartos suministro de gases		X	1
10.3 Mantenimiento del Sistema de Redes		X	1
Alcantarillado		X	1
Hidráulicas		X	1
Eléctricas		X	1
Gases medicinales		X	1
10.4 Mantenimiento de Áreas Adyacentes		X	1
Parqueaderos		X	1
Jardines		X	1

Convenciones:

Pr: Se marca la casilla cuando el mantenimiento lo realiza personal propio de la institución

Co: Se marca la casilla cuando el mantenimiento lo realiza personal externo a la institución, contratado especialmente para esta labor

Est: Se escribe en la casilla la valoración subjetiva correspondiente al estado en que se encuentre la dependencia. La escala de valoración es la siguiente:

0-25%	Bueno	1
26-30%	Regular	2
51-75%	Malo	3
76-100%	Ruina	4

CAPACIDAD DE LA RED

	CONSULTORIOS			PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN				URGENCIAS			
	MEDICINA GENERAL	ESPECIALIZADA	ODONTOLOGIA	PSICOLOGIA	ENFERMERIA	CRECIMIENTO Y DESARROLLO	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	MEDICINA GENERAL	SALA DE PROCEDIMIENTOS	OBSERVACION	ULTRASONIDO GINECO-OBSTETRICIA
ESE HOSPITAL	19	0	12	4	8	6	4	0	6	1	0

Se anexan listado de equipos por Sedes de la ESE Manuel Castro Tovar.



Certificado
No. GP 019-1



CARRERA 20 No. 5B-36; PBX 8701980 ext. 130; FAX 201 Neiva-Huila
e-mail saludhuila@hotmail.com



CERTIFICADO
ISO 9001
Certificado
No SC 4353-1