



Ministerio de Salud Pública  
y Asistencia social

## PROYECTO DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO



Deutsche Gesellschaft für  
Technische Zusammenarbeit

### GUIA DE SUPERVISION

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO  
HOSPITAL: \_\_\_\_\_

PERIODO: DE \_\_\_\_\_ HASTA \_\_\_\_\_

SUPERVISORES:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## GUIA DE SUPERVISION

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

Año. \_\_\_\_\_

<b>I. INFORMACION GENERAL</b>				
HOSPITAL			Número de camas:	
TELEFONO:	Consultorios			
	Cant.	Especialidad	Cant.	Especialidad
	Especialidades Médicas:			
Nivel de Ocupación:	Población Demandante:		# de consultas/año:	
Establecimientos que pertenecen al Sistema Sanitario del Hospital:				
Nombre de Director:				
Nombre de Administrador:				
Nombre de Jefe de Mtto. :				
<b>I.1 AREA DEL HOSPITAL</b>				
Area de Terreno: _____ m <sup>2</sup>		Area Construida: _____ m <sup>2</sup>		
Horizontal <input type="checkbox"/>		Vertical <input type="checkbox"/>		Número de Niveles _____

## II. PLANTILLA DEL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

Jefe	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sección Planta Física:	E	R	Otros:		
Secretaria	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sección Equipo Médico	E	R	TOTAL	E	R
Bodeguero	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sección Equipo Básico:	E	R	(Anexar Censo de Personal)		

## III. PLAN DE CAPACITACION

¿Se tiene un plan de capacitación? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> (Anexar plan de capacitación) Fecha de Aprobación: _____  ¿Tiene aprobado presupuesto para desarrollar el plan de capacitación? SI <input type="checkbox"/> ¿Cuánto? _____ (% del solicitado) NO <input type="checkbox"/> Si la respuesta es NO explique ¿por qué?		Planificado (Total Anual)	Realizado			
			Trim. 1	Trim. 2	Trim. 3	Trim. 4
	<b>Operador</b>					
	# capacitaciones					
	<b>Técnico</b>					
	# capacitaciones					
	# horas					

### III.1 REGISTRO DEL AVANCE DE LA CAPACITACIÓN

No.	Capacitación	# de part. real	Δ part.	# horas real	Δ horas	Fecha	% de Problemas solucionados a 3 meses de la capacitación

E: Estándar

R: Real

Δ: Planificado(ver plan de capacitación) - Realizado

#### IV. INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DEL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

##### IV.1 AREA DESTINADA PARA MANTENIMIENTO

	E	R		E	R	
Laboratorio de Biomédica:			m <sup>2</sup>	Bodega:		m <sup>2</sup>
Taller de Equipo Básico:			m <sup>2</sup>	Area de Oficinas:		m <sup>2</sup>
Taller de Planta Física:			m <sup>2</sup>	Otros:		m <sup>2</sup>
<b>SUBTOTAL AREA</b>			m <sup>2</sup>			m <sup>2</sup>
<b>DE TALLERES (A<sub>T</sub>)</b>						m <sup>2</sup>
				<b>SUBTOTAL AREA</b>		m <sup>2</sup>
				<b>ADMINISTRATIVA (A<sub>A</sub>)</b>		m <sup>2</sup>
<b>TOTAL DE AREA DEL</b>	E	R		<b>RELACION DE</b>	E	R
<b>DEPTO. DE MTTO. (A<sub>M</sub>):</b>			m <sup>2</sup>	<b>AREAS (A<sub>T</sub>/A<sub>M</sub>):</b>		

##### IV.2 ORDEN Y LIMPIEZA DEL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

(Indique el nivel del orden y limpieza encontrados según los parámetros mostrados:)

BUENO <input type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	DEFICIENTE <input type="checkbox"/>	Fecha: _____
BUENO <input type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	DEFICIENTE <input type="checkbox"/>	Fecha: _____
BUENO <input type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	DEFICIENTE <input type="checkbox"/>	Fecha: _____
BUENO <input type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	DEFICIENTE <input type="checkbox"/>	Fecha: _____
BUENO <input type="checkbox"/>	REGULAR <input type="checkbox"/>	DEFICIENTE <input type="checkbox"/>	Fecha: _____

###### BUENO:

- Los dispositivos utilizados en caso de emergencia como extintores de incendio y materiales de primeros auxilios deben de estar en un lugar indicado y de fácil acceso.
- No deben de existir objetos (equipos, herramientas, etc.) obstaculizando la libre circulación y ejecución de actividades dentro del Departamento así como en las vías de acceso al exterior del mismo.
- No hay objetos ni prendas personales en lugares visibles, ni en zonas de trabajo.
- Se percibe un ambiente completamente limpio y agradable para trabajar. (Incluye buena iluminación, ventilación, ej. : luminarias y ventanas en buen estado de funcionamiento).
- No existe ningún tipo de desecho dentro del lugar del trabajo
- No hay acumulación de chatarra en el taller

###### REGULAR:

- Los dispositivos utilizados en caso de emergencia como extintores de incendio y materiales de primeros auxilios no se encuentran en un lugar indicado y de fácil acceso.
- Se percibe un ambiente limpio y agradable para trabajar. (Incluye buena iluminación, ventilación, ej.: luminarias y ventanas en buen estado de funcionamiento).
- Existen objetos (equipos, herramientas, etc.) obstaculizando la libre circulación y ejecución de actividades dentro del Departamento. Las vías de acceso al exterior del mismo se mantienen libres.
- Se encuentran algunos objetos y prendas personales en lugares visibles.
- Existe acumulación de chatarra dentro o fuera del taller.

###### DEFICIENTE:

- No existen dispositivos para ser utilizados en caso de emergencia como extintores de incendio y materiales de primeros auxilios.
- Se percibe un ambiente sucio y desagradable para trabajar. (Incluye mala iluminación, ventilación, ej.: luminarias y ventanas en mal estado de funcionamiento).
- Existen objetos (equipos, herramientas, etc.) obstaculizando la libre circulación y ejecución de actividades dentro del Departamento, y las vías de acceso al exterior del mismo.
- Se encuentran objetos y prendas personales en lugares visibles y en forma desordenada.
- Existe acumulación de chatarra y basura dentro o fuera del taller.

### IV.3 MEJORAS A LA INFRAESTRUCTURA DEL DEPTO. DE MTTO.

¿Existen proyectos de mejoras en infraestructura del taller? SI ☐ NO ☐

Si la respuesta es SI: a) Describa el(los) proyectos y su costo en colones.

[illegible]

#### IV.4 HERRAMIENTAS Y EQUIPOS

¿Se ha actualizado el inventario de herramientas y equipos?

NO ☐

SI ☐ Fecha: \_\_\_\_\_ (obtener copia del inventario)

Costo total de herramientas y equipos según inventario: ₡ \_\_\_\_\_

Indique el porcentaje de herramientas en buen estado: \_\_\_\_\_ %

Hay un procedimiento establecido para el préstamo de herramientas:

SI ☐ NO ☐ Explique:

Detalle las necesidades de herramientas y equipos detectadas

No.	Fecha	Descripción	UM	Cant.	Costo (₡)	Cumplimiento*

OBSERVACIONES

UM: Unidad de medida

\* : Fecha en que se suministró la herramienta o equipo

¿Tiene actualizado el inventario técnico este año?

NO ☐ Fecha de última actualización: \_\_\_\_\_

SI ☐ Fecha de actualización:

¿Se tiene un plan de MPP? SI ☐ (Anexar el plan) No ☐

¿Se da MPP a planta física y mobiliario? NO ☐ SI ☐, especifique las áreas:

¿Existe alguna dificultad para realizar el MPP? NO ☐ SI ☐, especifique:  
(preste atención a los equipos que no reciben MPP)

[illegible]





<b>V.3 DISTRIBUCION DE CARGA DE TRABAJO</b>							T.D. teórico anual:				
Sec.	Activ.	1 <sup>er</sup> TRIMESTRE					2 <sup>o</sup> TRIMESTRE				
		# de equipos o ítems	Tiempo* (hora)		Porcentaje		# de equipos o ítems	Tiempo* (hora)		Porcentaje	
			T <sub>1</sub>	A <sub>1</sub>	%T	%A		T <sub>2</sub>	A <sub>2</sub>	%T	%A
Equipo Médico	MPP										
	MC										
	Otros										
	T.E.										
	T. D.										
Equipo Básico	MPP										
	MC										
	Otros										
	T.E.										
	T.D.										
Planta Física y Mobiliario	MPP										
	MC										
	Otros										
	T.E.										
	T.D.										
Depto. de Mto.	MPP										
	MC										
	Otros										
	T.E.										
	T.D.										
Sec.	Activ.	3 <sup>er</sup> TRIMESTRE					4 <sup>o</sup> TRIMESTRE				
		# de equipos o ítems	Tiempo* (hora)		Porcentaje		# de equipos o ítems	Tiempo* (hora)		Porcentaje	
			T <sub>3</sub>	A <sub>3</sub>	%T	%A		T <sub>4</sub>	A <sub>4</sub>	%T	%A
Equipo Médico	MPP										
	MC										
	Otros										
	T.E.										
	T. D.										
Equipo Básico	MPP										
	MC										
	Otros										
	T.E.										
	T.D.										
Planta Física y Mobiliario	MPP										
	MC										
	Otros										
	T.E.										
	T.D.										
Depto. de Mto.	MPP										
	MC										
	Otros										
	T.E.										
	T.D.										

T: Trimestral

A: Acumulado por trimestre

T.D.: Tiempo Disponible trimestral= 140 horas x # Tec. x 3

T.D. teórico anual: 140 horas x #Tec. Total x 12

T.E.= T<sub>MPP</sub>+ T<sub>MC</sub>+ T<sub>Otros</sub>

%T = T/TD

%A=A/TD<sub>ACUMULADO</sub>; A<sub>1</sub>=T<sub>1</sub>, A<sub>2</sub>=A<sub>1</sub>+T<sub>2</sub>, A<sub>3</sub>=A<sub>2</sub>+T<sub>3</sub>, A<sub>4</sub>=A<sub>3</sub>+T<sub>4</sub>

Tiempo\*: en base a las ordenes de trabajo



<b>V.6 SEGUIMIENTO AL PROCESO DE SUPERVISION DE CONTRATOS CON TERCEROS</b>				
TRIMESTRE	Nº de equipos que deben recibir MPP por terceros	Nº de equipos que reciben MPP por terceros		De un equipo elegido al azar verificar cumplimiento del procedimiento de supervisión
		Total	Con superv. de Mtto.	
<b>1</b>				
<b>2</b>				
<b>3</b>				
<b>4</b>				

VI. PRESUPUESTO							
VI.1 MONTO DE PRESUPUESTO (colones)							
	Hospital	Mantenimiento					Indice de cobertura R/T
		Presupuesto teórico óptimo (T)	Presupuesto Real			Total (R)	
			Personal	Material	Contratos		
AÑO ANTERIOR							
PRESENTE AÑO							
AÑO SIGUIENTE F.E: _____ F.A: _____							
VI.2 SEGUIMIMIENTO AL PRESUPUESTO DEL PRESENTE AÑO							
TRIMESTRE	Personal (¢)	Material (¢)	Contratos (¢)	Total (¢)	%		
PRIMERO							
SEGUNDO							
TERCERO							
CUARTO							
TOTAL							

(T): 1% valor de infraestructura + 2% del valor de equipamiento industrial + 3% valor del equipamiento médico

F.E: Fecha de entrega

F.A: Fecha de Aprobación

[illegible]

Registrar los problemas que se encontraron, el posible apoyo que se requiera para solucionarlos y el grado de cumplimiento que se tenga.

[illegible]

