



**SNS**  
SERVICIO NACIONAL  
DE SALUD



**H** HOSPITAL  
PEDIÁTRICO  
DR. ROBERT REID CABRAL

**Formulario Informe**

GC-FO-002 Versión: 03

Fecha de aprobación: 25/06/201

**SERVICIO REGIONAL DE SALUD METROPOLITANO**

**Dirección o Departamento:** Sección de Mantenimiento



**Actividad:** Seguimiento a la implementación del plan preventivo/ correctivo de equipos e infraestructura 2022 **Código:** 4.1.1.8.02

<b>Fecha</b>	10 De Agosto del 2022
--------------	-----------------------------

**TEMA OBJETIVO DEL INFORME**

Seguimiento a la implementación del plan de mantenimiento preventivo/correctivo de equipos e infraestructura correspondiente al mes de Julio/2022.

**DESARROLLO DEL INFORME**

**RESUMEN DE RESULTADOS:** Damos seguimiento a la ejecución de mantenimiento correctivo/preventivo a equipos infraestructura.

**HALLAZGOS:** En todas las disciplinas de mantenimiento hubo despliegue de actividad en áreas diversas. veamos:

- Hubo 124 órdenes de trabajo ejecutadas requeridas, de las cuales fueron resueltas 11 para un 89.5% y 9.5% pendientes.
- Se sustituyó 108 luminarias de áreas diversas.
- Fue reparado tanque hidroneumático de la estación de bombeo no.3 de emergencia.
- Recuperar unidad A/A de oficina uci. le fue instalada turbina al evaporador.
- Le fue cambiado el compresor a A/A de microbiología.
- Sustitución de dos brazos hidráulicos a oficina de cirugía y oficina de mantenimiento.
- Reparadas cunas, banquetas, escritorios, vitrinas, sillas.
- Inspección y operación de generadora eléctrica de emergencia.
- Se Habilito oficina en rayos x.
- Sustituidos plafones en recién nacidos.
- Inspección/operación sistema aguas de servicios.

**ACUERDOS Y/O RECOMENDACIONES SEGÚN HALLAZGOS**

1. Aplicar mantenimiento preventivo (servicio externo) a la generadora eléctrica de emergencia (9 meses de retraso) y al banco de transformadores de potencia de 225 KVA consultas (varios años de retraso).



**SNS**  
SERVICIO NACIONAL  
DE SALUD



**H** HOSPITAL  
**PEDIÁTRICO**  
**DR. ROBERT REID CABRAL**

**Formulario Informe**

GC-FO-002 Versión: 03

Fecha de aprobación: 25/06/201

RESPONSABLES	
Elaborado por:	<p>Alonso Ortiz Enc. Mantenimiento</p> <p>Ing. Juan Bernardo Batista Codia 16939 Supervisor Electromecánico HIRRC</p>
Entregado a:	<p>Ing. Francisco Presinal</p>
Firma y sello de recibido:	



**Hospital Infantil Dr. Robert Reíd Cabral**  
"AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA"

Santo Domingo, DN.  
14 DE AGOSTO 2022

Señores : **DR. CLEMENTE TERRERO**  
Director Hospital Dr. Robert Reíd Cabral  
Su Despacho.

: **LICDO. JESÚS POLANCO PÉREZ**  
Administrador Hosp. Dr. Robert Reid Cabral

Asunto : REMISION INFORME MANTENIMIENTO MES DE JULIO 2022

Estimados señores

Tenemos a bien remitirle el informe de Mantenimiento correspondiente al **MES JULIO DE 2022.**



Alonso Ortiz  
Departamento De Mantenimiento

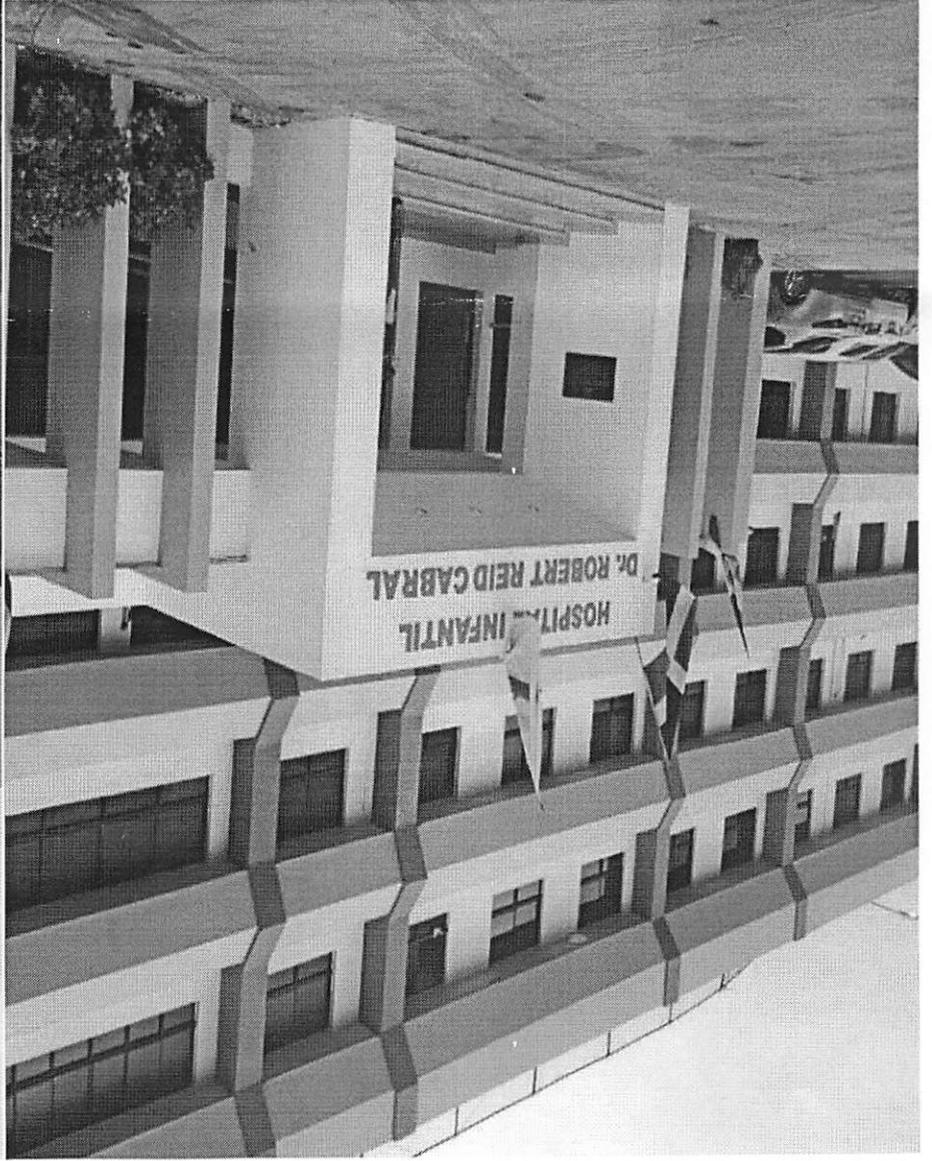
Att



ING. JUAN BERNARDO BATISTA FANTACIA  
CODIA 16939  
Supervisor Electromecánico HIRRC

ESTEPHANY PAOLA BERIGUETE FELIZ





## **ESQUEMA GENERAL INFORME MENSUAL MANTENIMIENTO.**

- I. INFORME MENSUAL MES DE JULIO 2022.**
- II. SÍNTESIS PARTICULARIZADA/ UNIDAD DE MANTENIMIENTO.**
- III. RELACIÓN ESTADÍSTICA SISTEMA GESTIÓN MANTENIMIENTO  
– SGM-**
- IV. INFOGRAMAS**
  - 1.- RELACIÓN GENERAL ÓRDENES DE TRABAJO
  - 2.- RELACIÓN OT EJECUTADAS POR UNIDAD MANTENIMIENTO
  - 3.- ÍNDICES COMPARATIVOS OT EJECUTADAS / PENDIENTES /MES
  - 4.- SITUACIÓN DE LA ILUMINACIÓN PLANTA FÍSICA.
- VI. CONTROL OPERACIONAL PLANTAS ELECTRICAS.**

**MANTENIMIENTO**  
**INFORME MES JULIO 2022**  
**SÍNTESIS TRABAJOS REALIZADOS.**

**1. ELECTRICIDAD:**

- SE SUSTITUYO 108 LUMINARIAS EN ÁREAS DIVERSAS.
  
- MANTENIMIENTO CORRECTIVO MÚLTIPLE EN: SALA 309, SALÓN 5TO NIVEL, UCIP, ODONTOLOGÍA, CONSULTAS ENTREGA DE TICKET, OFICINA CIRUGÍA, LABORATORIO, SALA DE GASTRO, SALA 309.
  
- INSPECCIÓN Y OPERACIÓN DE PLANTA EMERGENCIA.

**2. PLOMERÍA:**

- AMPLIO MANTENIMIENTO CORRECTIVO A DIVERSAS AREAS, TALES COMO EMERGENCIA, SUB-DIRECCION ,BAÑO 3 NIVEL, GRAN SALON 5 NIVEL, ONCOLOGIA SALA, RECIEN NACIDOS, CONSULTORIO 27, QUIRÓFANO, URGENCIA, NEFRO SALA, SALA M-4, CISTERNA NO. 3 TANQUE HIDRONEUMÁTICO, LABORATORIO.
  
- INSPECCIÓN Y OPERACIÓN SISTEMA AGUA SERVICIO.

**3. CERRAJERÍA:**

- SE INSTALÓ SENDAS BRAZOS HIDRÁULICOS EN OFICINA DE CIRUGÍA Y MANTENIMIENTO.
  
- SE SUSTITUYÓ PLAFONES EN RECIÉN NACIDOS.
  
- SE CONSTRUYÓ OFICINA EN RAYOS X.
  
- REALIZADOS DIVERSOS TRABAJOS CORRECTIVOS EN UCIP, SALA 306, ODONTOLOGÍA, ESTERILIZACIÓN, FARMACIA UCI, EMERGENCIA, SALÓN 5TO NIVEL, AISLAMIENTO ENSEÑANZA, COCINA, TOMA DE MUESTRA, UCIN, SALA 312, ODONTOLOGÍA, RECIÉN NACIDOS.

**4. ACONDICIONADOR DE AIRE:**

- SE INSTALÓ TURBINA AL EVAPORADOR DEL A/A OFICINA UCIP. UNIDAD RECUPERADA.
- FUE INSTALADO MOTOR (COMPRESOR) A/A MICROBIOLOGÍA. RECUPERADO.
- LE FUE APLICADO MANTENIMIENTO CORRECTIVO/PREVENTIVO A UNIDADES DE LAS ÁREAS SIGUIENTES: INVESTIGACIÓN/ESTAR DE MADRES/ CONSULTA/HOSPITAL DEL DÍA/ NEUROCIRUGÍA/ SALAS 330, 301,202/ OTORRINO/ DESPENSA/QUIRÓFANO NO 1/QUIRÓFANO NO.6/RESIDENTES R-1/ DENGUE/AUDITORIA MEDICA/OFICINA GASTRO/ MICROBIOLOGÍA/UCIP.

**5. TAPICERIAS:**

REPARADAS SILLAS, BANQUETAS, ESCRITORIOS, VITRINAS, CUNAS EN URGENCIA, CARDIOLOGIA, GASTRO, ODONTOLOGIA, FARMACIA, SALA 332, BLOQUE QUIRURGICO, ARCHIVO, ENTREGA DE TICKERTS, RECIEN NACIDOS, SALA 328, TALLER MANTENIMIENTO, NEUMOLOGIA PEDIATRICA

**RELACION ESTADISTICA SISTEMA GESTION MANTENIMIENTO (SGM)  
JULIO 2021**

ITEM	AREA	OT GENERADAS	OT EJECUTADAS	OT PENDIENTES	INDICE EJECUCION %	INDICE PENDIENTE %
1	RAYOS X	5	4	1	80	20
2	ENSEÑANZA	1	1	0	100	0
3	MANTENIMIENTO	2	2	0	100	0
4	COCINA	2	2	0	100	0
5	TOMA DE MUESTRA	2	2	0	100	0
6	SALA 312	1	1	0	100	0
7	ODONTOLOGIA	5	5	0	100	0
8	UCIN	3	3	0	100	0
9	RECIEN NACIDOS	4	4	0	100	0
10	OFICINA CIRUGIA	1	1	0	100	0
11	UCIP	3	3	0	100	0
12	SALA 306	1	1	0	100	0
13	ESTERILIZACION	1	1	0	100	0
14	FARMACIA 3RA	3	3	0	100	0
15	UCI	2	2	0	100	0
16	EMERGENCIA	1	1	0	100	0
17	SALA 5TA	4	4	0	100	0
18	AISLAMIENTO	3	3	0	100	0
19	HOSPITAL DEL DIA	3	2	1	67	33
20	ESCALERA PRINCIPAL	1	1	0	100	0
21	OFICINA OXIGENO	1	1	0	100	0
22	LOBBY	1	1	0	100	0
23	OFICINA DR. TRONCOSO	1	1	0	100	0
24	PASILLO 3NIVEL	1	1	0	100	0
25	SALA CIRUGIA	1	1	0	100	0
26	SALA 309	3	2	1	67	33
27	ALMACEN QUIRURGICO	1	1	0	100	0
28	ALMACEN DE MATERIAL GASTABLE	1	1	0	100	0
29	LABORATORIO ORINA/CEROLOGIA	3	3	0	100	0
30	ENTREGA DE TICKERS	2	2	0	100	0
31	OFICINA BANCO DE SANGRE	1	1	0	100	0
32	SALA GASTRO	2	2	0	100	0

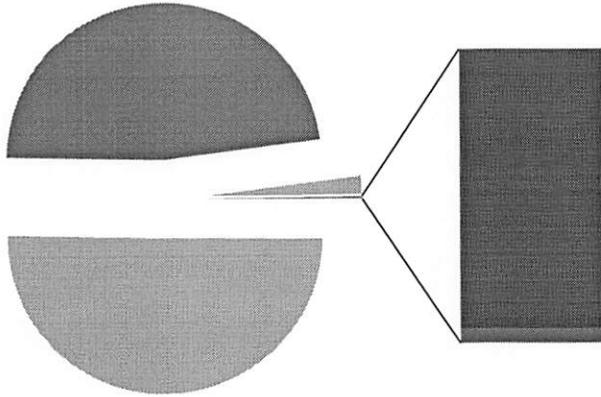
33	TOMOGRAFIA	1	1	0	100	0
34	TALLER REFRIGERACION	2	2	0	100	0
35	DIVISION TALLER	1	1	0	100	0
36	CONSULTA EXT	4	3	1	75	25
37	AZOTEA	1	1	0	100	0
38	SALA 328	1	1	0	100	0
39	NEUMOLOGIA	2	2	0	100	0
40	SALA 330	2	2	0	100	0
41	ARCHIVO	1	1	0	100	0
42	URGENCIA	2	2	0	100	0
43	CARDIOLOGIA	1	1	0	100	0
44	SALA 332	2	2	0	100	0
45	BLOQUE QUIRURGICO	3	2	1	67	33
46	ONCOLOGIA	3	3	0	100	0
47	RECURSOS HUMANOS	1	1	0	100	0
48	INVESTIGACION	1	1	0	100	0
49	NEUROLOGIA	2	2	0	100	0
50	CONSULTORIO NO.6	1	1	0	100	0
51	HABITACION RESIDENTES R1	1	1	0	100	0
52	OTORRINO	1	1	0	100	0
53	DESPENSA	2	2	0	100	0
54	QUIROFANO NO. 1 Y 6	2	2	0	100	0
55	NEUROCIRUGIA	2	2	0	100	0
56	DENGUE	1	1	0	100	0
57	MICROBIOLOGIA	3	1	2	33	67
58	AUDITORIA MEDICA	1	1	0	100	0
59	SALA 202	1	1	0	100	0
60	EMERGENCIA	6	4	2	67	33
61	SUD-DIRECCION	2	2	0	100	0
62	3 TERCER NIVEL	1	1	0	100	0
63	CONSULTORIO NO.27	1	1	0	100	0
64	NEFROLOGIA	1	1	0	100	0
65	M-4	1	1	0	100	0
66	CISTERNA NO.3	1	1	0	100	0
N		124	111	9	90%	10%

**HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT RIED CABRAL**  
**GESTION MANTENIMIENTO**  
**ORDENES DE SERVICIO MES DE JULIO**  
**2022**

ITEM	DESCRIPCIÓN/NOMBRES	CODIGOS	OT EJECUTADAS	% EJECUCIÓN	OPERACIONES SISTEMAS VITALES
<b>A</b>	<b>GERENCIA</b>		<b>N/A</b>	<b>N/A</b>	<b>N/A</b>
<b>1</b>	ALONSO ORTIZ	M-01	<b>6</b>	<b>3%</b>	
<b>2</b>	BERNARDO BATISTA	M-I	<b>N/A</b>		
<b>3</b>	ESTEPHANY P. BERIGUETE F.	MS-17	<b>N/A</b>		
<b>B</b>	<b>STAFF</b>				
<b>I.</b>	<b>ACONDICIONADORES DE AIRE</b>				
<b>1</b>	RAFAEL	MAA-15	<b>28</b>	<b>14%</b>	
<b>2</b>	RAMON	MAA16	<b>28</b>	<b>14%</b>	
<b>II.</b>	<b>ELECTRICIDAD</b>				
<b>1</b>	YONI MONTILLA	MEB-3	<b>22</b>	<b>11%</b>	
<b>2</b>	JOSE LUIS DOMINGUEZ	ME-4			<b>9</b>
<b>3</b>	CESAR ZAPATA	MEB-5			<b>9</b>
<b>4</b>	ANGEL RADAMES	MEB-6			<b>9</b>
<b>5</b>	DARLIN ABREU	MEB-7			<b>6</b>
<b>6</b>		MEB-14			
<b>7</b>	SAMUEL RODRIGUEZ	MEB-19			
<b>8</b>	GREGORIO SÁNCHEZ	MEB- 20	<b>24</b>	<b>12%</b>	
<b>III.</b>	<b>PLOMERIA</b>				
<b>1</b>	LUIS ANTUNA	MP-10		<b>%</b>	
<b>2</b>	AUGUSTO	MN-	<b>21</b>	<b>10.5%</b>	
<b>IV.</b>	<b>ALBAÑILERIA</b>				
<b>1</b>	JUAN RAMON PERALTA	MA-11	<b>1</b>	<b>0.5%</b>	
<b>2.</b>	NICOLAS TORRES	MA-12	<b>29</b>	<b>14.6%</b>	
<b>3.</b>	EURISPIDE VOLQUEZ MATOS	ME-9		<b>%</b>	
<b>V.</b>	<b>CERRAJERIA</b>				
<b>1</b>	EUFEMIO ULLOA	MC-22	<b>24</b>	<b>12%</b>	
<b>2.</b>	CHARLY FEBRILLET	MT-23	<b>14</b>	<b>7%</b>	
<b>VI.</b>	<b>PINTURA</b>				
<b>1</b>	MIGUEL MONTERO	MPI-13		<b>%</b>	
<b>2.</b>	ADISON MARTINEZ	MPI-24		<b>%</b>	
<b>VII.</b>	<b>SERVICIOS GENERALES</b>				
<b>1</b>	WILSON RAMIRES	MG-18		<b>%</b>	
<b>2</b>	JUNIOR	MG-21	<b>2</b>	<b>1%</b>	
	<b>TOTAL</b>		<b>199</b>	<b>%</b>	

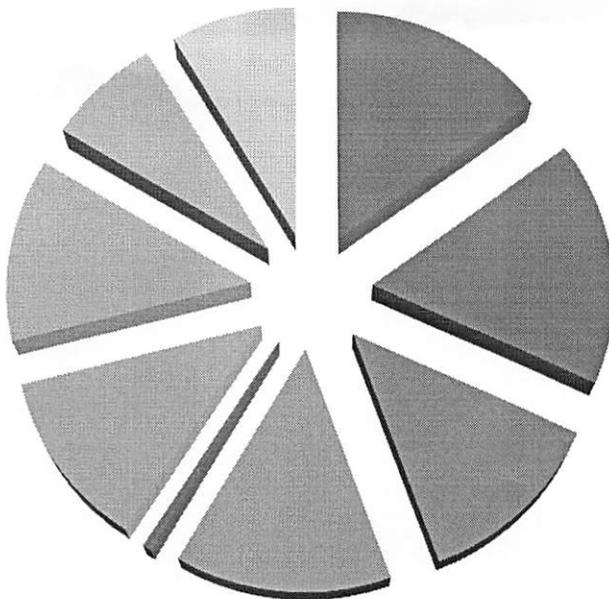
**NOTA: CODIGO EN SUSTITUCION DE NOMBRE, PARA USO INTERNO DE LA PLANTILLA MANTENIMIENTO.**

## RELACION /ORDENES DE SERVICIOS



- OT GENERADAS 193
- OT EJECUTADAS 183
- OT PENDIENTES 07
- INDICE DE EJECUCION 95%
- INDICE DE PENDIENTE 5%

## RELACION OT EJECUTADAS POR UNIDAD MANTENIMIENTO

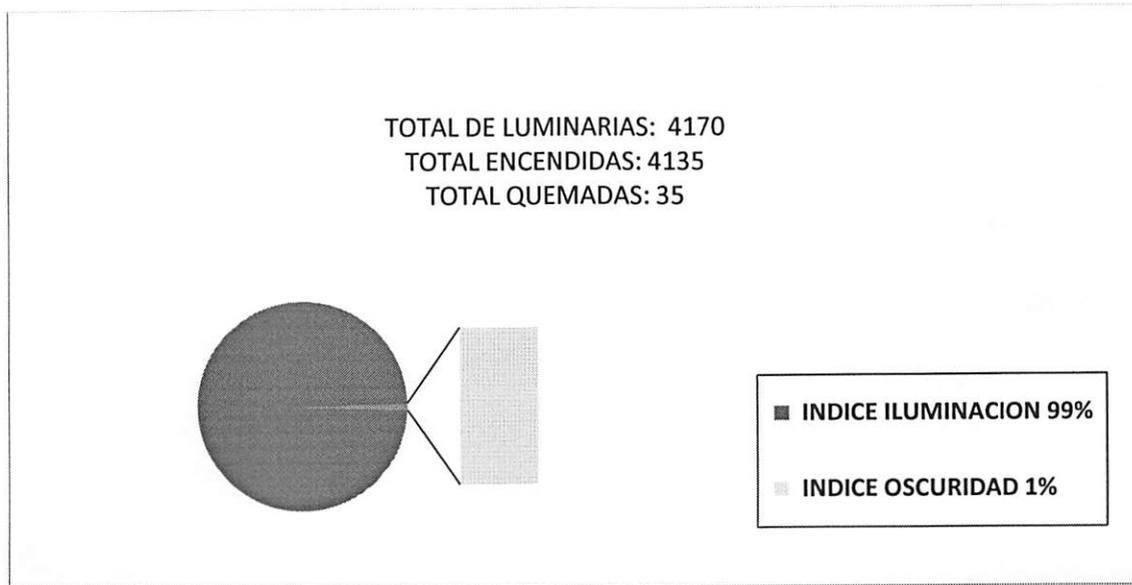


- ELECTRICIDAD 25
- ACONDICIONADORES AIRE 28
- PLOMERIA 21
- CERRAJERIA 23
- PINTURA
- ALBAÑILERIA 1
- SERVICIOS 20
- INSPECCION Y OPERACIÓN SISTEMAS AGUAS SERVICIOS 21
- GENERALES 13
- TAPICERIA 14

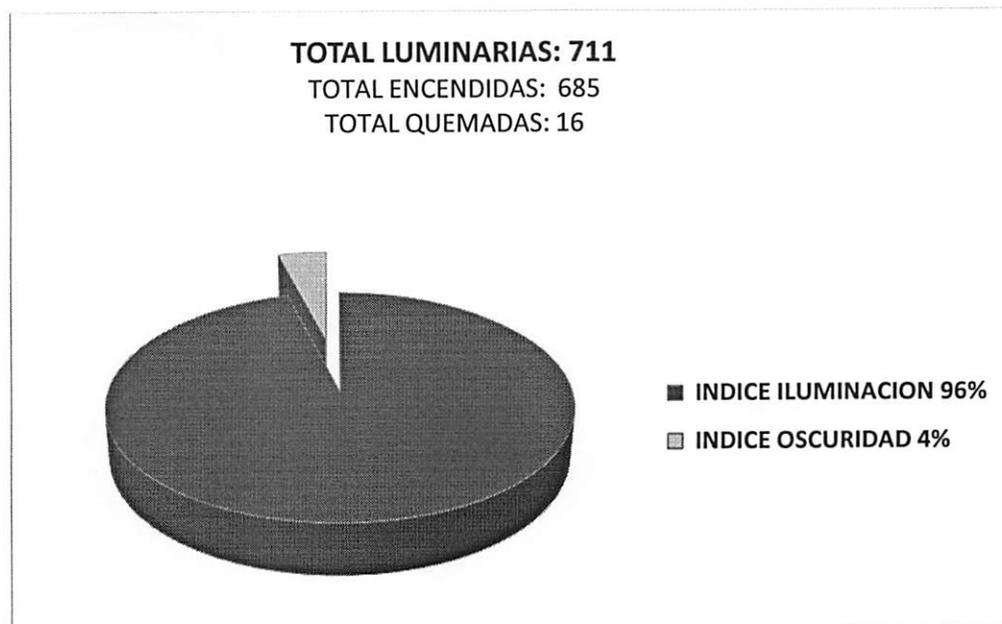
## ILUMINACIÓN

### I. INTERIORES

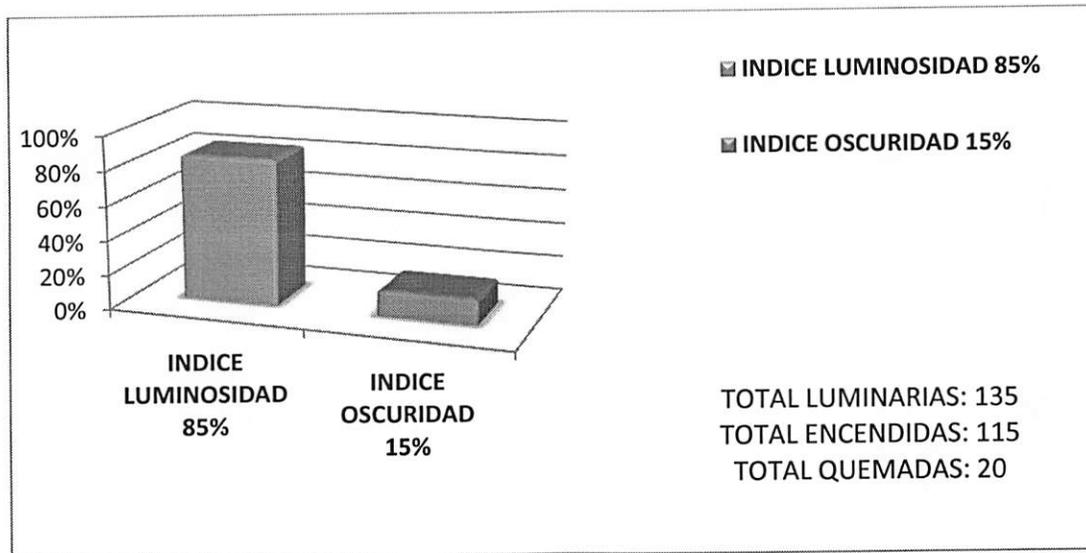
#### 1. EDIFICIO PRINCIPAL



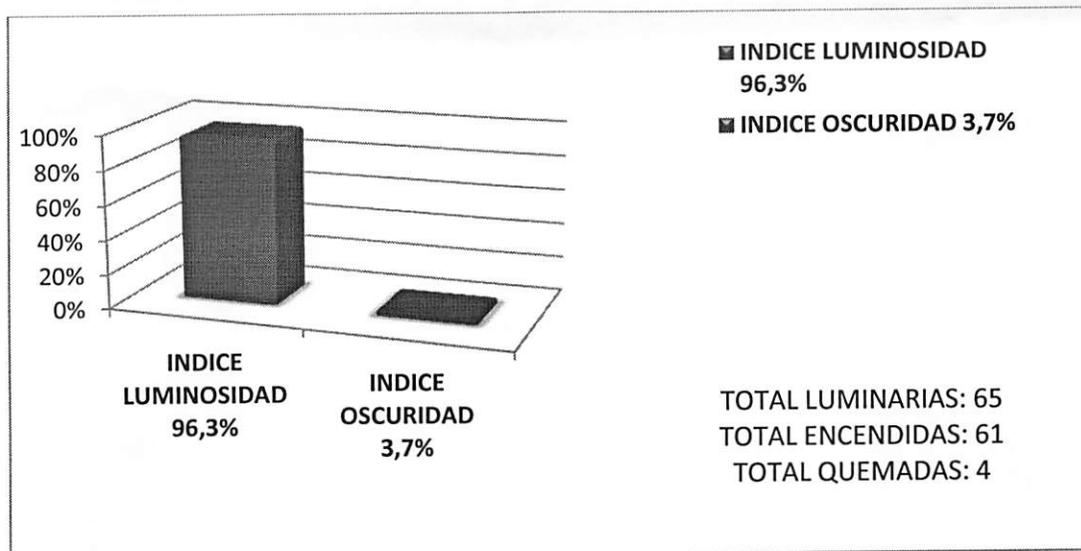
#### 2. EDIFICIO CONSULTAS



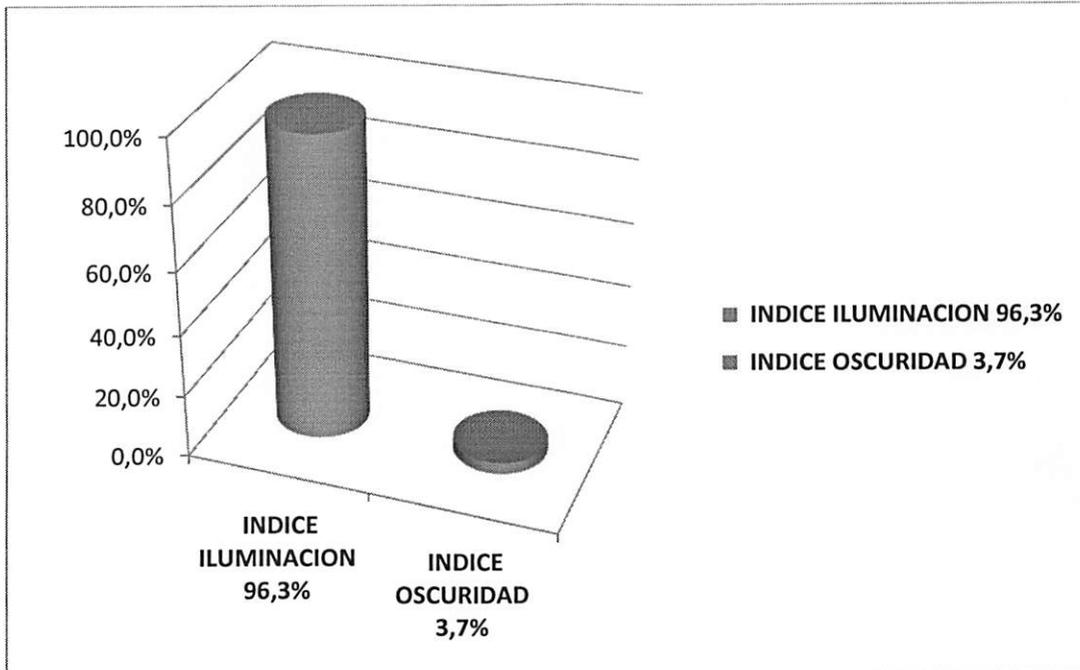
### 3. UNIDAD INTEGRAL



### 4. EDIFICIO MULTIPLES OESTE



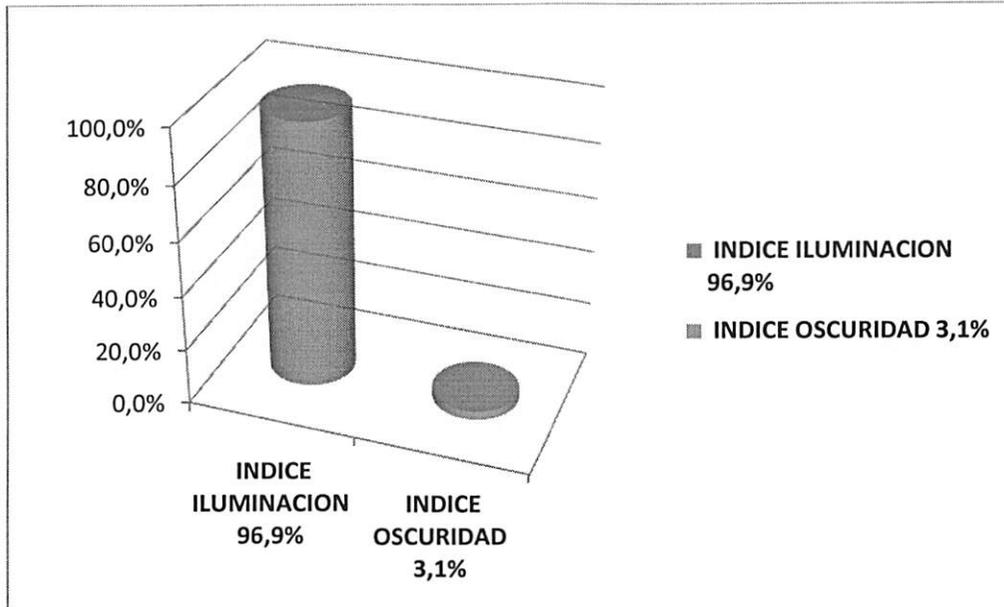
## TOTAL INTERIOR



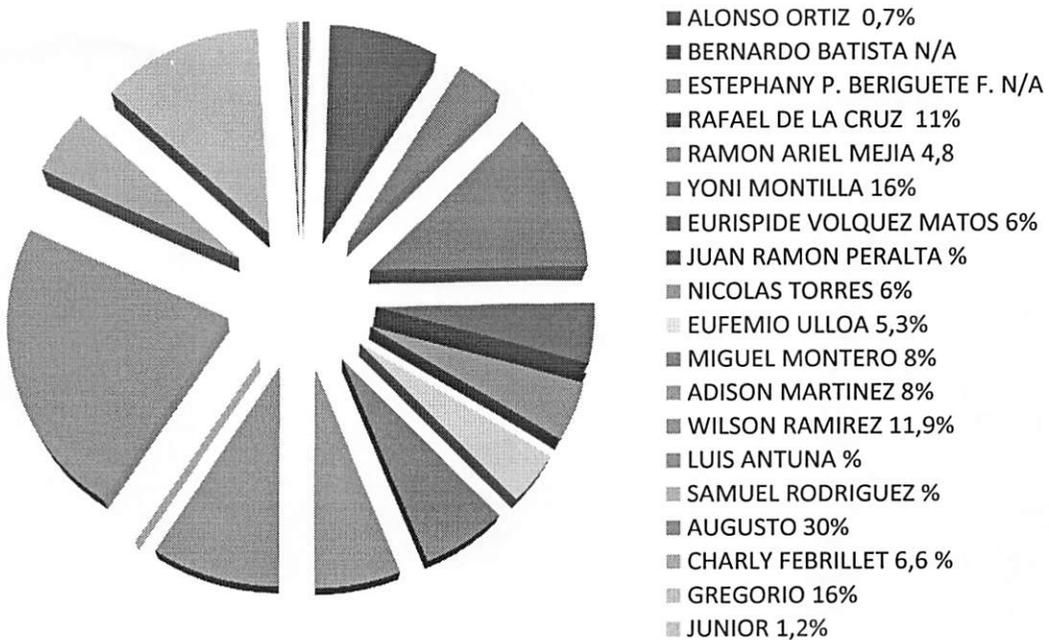
## II. EXTERIORES



### III. TOTAL GENERAL



### GESTIÓN MANTENIMIENTO EJECUCION INDIVIDUAL



## CONTROL OPERACIONAL PLANTAS ELECTRICAS

PLANTAS	CAPACIDAD KW	PRUEBAS FRIAS	VECES EN LINEA	TIEMPO EN LINEA (HORAS)	TIEMPO ACUMULADO OPERACIÓN (HORAS)	GENERADOS KWH	CONSUMO GAS-OIL (BTU)	EFICIENCIA %	ARRANQUES ACUMULADOS	OBSERVACIONES ESTATUS
VOLVO PENTA	500	8	1	0,12	488,40	533	25GLS	75%	1285	FUERA DISPONIBLE NORMAL
CATERPILAR	320	X	x	X	X	X	X	X	X	FUERA NO DISPONIBLE
PARTECH DEERE	65	X	x	X	X	X	X	X	X	FUERA NO DISPONIBLE

NOTA: COMENTARIO : PENDIENTE MNTTO. CORRECTIVO/PREVENTIVO.

AMERICAN  
CONTINENTAL  
CORPORATION  
NEW YORK, N. Y.

NO.	DESCRIPTION	QUANTITY	UNIT	PRICE	TOTAL
1	1000				
2	1000				
3	1000				
4	1000				
5	1000				
6	1000				
7	1000				
8	1000				
9	1000				
10	1000				
11	1000				
12	1000				
13	1000				
14	1000				
15	1000				
16	1000				
17	1000				
18	1000				
19	1000				
20	1000				
21	1000				
22	1000				
23	1000				
24	1000				
25	1000				
26	1000				
27	1000				
28	1000				
29	1000				
30	1000				
31	1000				
32	1000				
33	1000				
34	1000				
35	1000				
36	1000				
37	1000				
38	1000				
39	1000				
40	1000				
41	1000				
42	1000				
43	1000				
44	1000				
45	1000				
46	1000				
47	1000				
48	1000				
49	1000				
50	1000				

I.

E



*Yoni / Greboid*

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

*Sala 309*

HORA

FECHA

*18/7/2022*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*colocar interruptos*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

*Licda / Castillo*

FIRMA CONFORME:

*Licda Castillo*

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

① Cambio de (1) interruptor simple c/ tapa -

Gregorio

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Sala de Gastro

HORA

FECHA

28/7/2022

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

y Sala 309

Chequear Linea Electrica  
no funcionan los tomacorrientes

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Pamela (Lidia Castillo)

FIRMA CONFORME



Pamela

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRA

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

# ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO	<i>Laboratorio</i>	HORA		FECHA	<i>22/7/2022</i>
--------------	--------------------	------	--	-------	------------------

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:  <i>Instalar Breakers mas 2 breakers simple de 40'</i>	EQUIPO/AREA
	SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:
	SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:	FIRMA CONFORME:
-----------------	-----------------

SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>	SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>
---	---

MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRA	
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	HORA

ENCARGADO MTTQ  
NOMBRE:  
FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Yoni / Groguido

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Laboratorio

HORA

FECHA

18/7/2022

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Orina / Cerología / copa

EQUIPO/AREA

Illuminación

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Lidia / Maribel Suarez

FIRMA CONFORME:

Lidia / Maribel Suarez

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRA

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTD.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

① Cambio de (6) tubos de 17 watts

*fovy. Sregou*

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>		SERVICIO NACIONAL DE SALUD							
		HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL							
<b>No.</b>		<i>Opic</i> DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO		<i>Cirujes</i>		HORA		FECHA		<i>15/7/22</i>	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:							EQUIPO/AREA		
<i>Desde Mañana Colocacion 2 Toua Corvete</i>							SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:		
							SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:		
									
SOLICITADO POR:		<i>D' Terero</i>						FIRMA CONFORME:	
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>							
MANO DE OBRA							RECEPCION DEL TRABAJO		
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	
								HORA	
								ENCARGADO MTTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

- ① Colocación de una (1) caja 2x4" de metal
- ② " " " " (4) Canaleta  $\frac{1}{2}$  + 12  $\phi \frac{1}{8}$ .
- ③ fend. Eket.

*Jenny Soreano*

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

*Entrega*  
DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

*de TIKS*

HORA

FECHA

*15/7/22*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*consunto*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

*Cheques, Electrico en Entrega de TIKS*

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

*ibelise*

FIRMA CONFORME:

*Anil Ferrnandez*

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

MANO DE OBRA				RECEPCION DEL TRABAJO						
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	HORA	ENCARGADO MTTO.

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

① Un Enclufe . —

Yoni / Grebocio

# ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Odontología

HORA 11:00

FECHA

7/7/2022

DESCRIPCION DEL PROBLEMA

No tenemos electricidad en el area de "Esterilización"

URGENTE

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO ESCRIBE SU NOMBRE

SI ES UNA AREA ESCRIBE SU NOMBRE

SOLICITADO POR:

Dra Mariela Escoto

FIRMA CONFORME

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO

NOMBRE

FIRMA

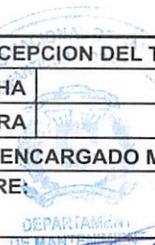
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO



OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

*Jony Gregorio*

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL							
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO		<i>UCIP</i>		HORA		FECHA		<i>01/7/22</i>	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:							EQUIPO/AREA		
<i>cheques tomados</i>							SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:		
							SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:		
							<i>[Signature]</i>		
SOLICITADO POR:		<i>[Signature]</i>				FIRMA CONFORME:			
SERVICIO INTERNO <input checked="" type="checkbox"/>			SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>						
MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRABAJO	
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	HORA
								ENCARGADO MTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									



OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

- (1) Cambio de (1) Tomacorriente 110 V  
(2) " " (2) tapa P/TC

*Yani Gregorio*

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL									
	No.	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO								
DEPARTAMENTO	<i>STA</i>	HORA		FECHA	<i>20/6/2022</i>					
DESCRIPCION DEL PROBLEMA: <i>chequear tomacorrientes</i>				EQUIPO/AREA SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:  SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:						
SOLICITADO POR:	<i>Claudia</i>			FIRMA CONFORME: <i>Claudia Lirio</i>						
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>	SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>			RECEPCION DEL TRABAJO						
MANO DE OBRA				ENCARGADO MTTO.						
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	HORA	NOMBRE:
										FIRMA:
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO										

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

*Gregorio*

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

*Lobby*

HORA

FECHA

*21/7/2022*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Iluminación*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

*Gregorio*

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRA

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

① Cambio de (5) tubos LED -

*Yoni / Gregorio / Wilson*

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

*Oficina Dr. Leoness*

HORA

FECHA

*11/7/2023*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Iluminación*

*(Baño)*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

*[Signature]*

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

① Cambio de (2) tubos de 17w, LED

García / Wilson / Yoni

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	SERVICIO NACIONAL DE SALUD								
	HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL								
<b>No.</b>	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO								
DEPARTAMENTO	Daño Cocina			HORA		FECHA	4/7/2022		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:  ILUMINACION						EQUIPO/AREA			
						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:			
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
SOLICITADO POR:						FIRMA CONFORME:			
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>	SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>					x 			
MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRABAJO	
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	
								HORA	
								ENCARGADO MTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

2-Tubo LED

*Yoni / Gregorio - Wilson*

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	SERVICIO NACIONAL DE SALUD							
	HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL							
<b>No.</b>	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO	<i>Pasillo 3 nivel</i>			HORA		FECHA	<i>22/06/2022</i>	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:  <i>Iluminacion de pasillo</i>						EQUIPO/AREA		
						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:		
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:		
SOLICITADO POR:						FIRMA CONFORME:		
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>			SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>					
MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRABAJO
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA
								HORA
								ENCARGADO MITO.
								NOMBRE:
								FIRMA:
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO								



OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

6-Tubo L.E.D.

8- " "

14 Tubo Tarca nivel

5 tubos LED -

*Yoni/Gregorio*

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL							
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO		<i>Almacenes de</i>		HORA		FECHA			
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:		<i>Material Gastable</i>		EQUIPO/AREA					
<i>Iluminación</i>				SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:					
				SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:					
SOLICITADO POR:						FIRMA CONFORME:			
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>							
MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRABAJO	
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	HORA
								ENCARGADO MTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

- ① colocación de (3) tubos LET —
- ② " " (6) Socales p/tañp
- ③ " " (6) Tornillos 1/2 —

Yoni / Gregorio

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Toma Muestra

HORA

FECHA

21/7/2022

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

chequear o cambiar luminarias quemadas.

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

J. Rosa Gustafsson

SOLICITADO POR:

Rosa

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO



MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRA

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Yoni / Gregorio

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Sala Cirugía 201

HORA

FECHA

21/7/2022

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Iluminación de baño

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Lidia / Deyssi D. Joven

FIRMA CONFORME:

*L. Chelo*

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECÉPCION DEL TRA

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

① Carácter de (2) tabs. LEP.

*Yoni Gregorio*

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL								
<b>No.</b>	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO								
DEPARTAMENTO	<i>Almacén Quiniario</i>			HORA		FECHA	<i>18/7/2022</i>		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:						EQUIPO/AREA			
<i>chequear Eliminación</i>						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:			
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
SOLICITADO POR:	<i>Giron</i>					FIRMA CONFORME:			
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>	SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>					<i>Sec. Giron</i> <i>18/07/22</i>			
MANO DE OBRA							RECEPCION DEL TRABAJO		
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	
								HORA	
								ENCARGADO MTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

① Cambio de (13) tubos de 32 watts (usado) -

*Yoni Gregorio*

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

*Pasillo Raíces X*

HORA

FECHA

*17/5/2022*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Illuminacion de pasillo*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

*Br. Lopez*

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

- ① Cambios de (12) Tab. LFD -
- ② " " (3) Socales y H. A.

*Yoni/Guillermo*

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

*Aisamiento Padilla #2*

HORA

FECHA

*4/7/2022*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Iuminacion*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

*Licda/ Juana Rodriguez*

FIRMA CONFORME:

*Lic. De la Rosa*

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	HORA

ENCARGADO MTTO.  
NOMBRE:  
FIRMA: *[Signature]*

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

2 Tubo LED

Yoni / Gregorio

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

oncología

HORA

FECHA

23/5/2020

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Aislamiento #2

Iluminación

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Lidia / Juana Rodriguez

FIRMA CONFORME:

*[Signature]*

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

*[Signature]*

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

2-Tubo LED 18W

2- " " 18W

Gregorio / Yoni

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL										
<b>No.</b>	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO										
DEPARTAMENTO	Sala 432 UCIA			HORA		FECHA	13/7/22				
DESCRIPCION DEL PROBLEMA: Recien nacidos 4to nivel Eliminación (Dentro y en el pasillos)						EQUIPO/AREA					
						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:					
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:					
SOLICITADO POR:	Dr. Fandoro					FIRMA CONFORME:					
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>	SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>										
MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRABAJO			
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO			HORAS	H. EX	FECHA	HORA
						ENCARGADO MTTTO.					
						NOMBRE:					
						FIRMA:					
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO											

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

4-Tubo	LED	18W
10 - "	"	18W
2 - "	"	10W

GREGORIO

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL										
<b>No.</b>	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO										
DEPARTAMENTO	Oficina OXIGENO		HORA		FECHA	13/7/2022					
DESCRIPCION DEL PROBLEMA: Coato de Aire Seco  Eliminacion					EQUIPO/AREA						
					SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:						
					SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:						
SOLICITADO POR:	Julio Gonzalez				FIRMA CONFORME:						
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>	SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>										
MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRABAJO			
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA				CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA
											HORA
											ENCARGADO MTTO.
								NOMBRE:			
								FIRMA:			
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO											

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

① Cambio de (3) tubos de 32 watt. (usado)

*Gregorio*

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	SERVICIO NACIONAL DE SALUD							
	HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL							
<b>No.</b>	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO	<i>Escalera principal del hospital</i>			HORA		FECHA	<i>22/6/2022</i>	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:  <i>Iluminación</i>						EQUIPO/AREA		
						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:		
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:		
SOLICITADO POR:			FIRMA CONFORME:					
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>			SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>			<i>Dña Estefanía B...</i>		
MANO DE OBRA							RECEPCION DEL TRABAJO	
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA
								HORA
								ENCARGADO MTTO.
								NOMBRE:
								FIRMA:
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO								

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

4- Tubo LED

Yoni

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	SERVICIO NACIONAL DE SALUD								
	HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL								
No.	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO								
DEPARTAMENTO	Hospital del día			HORA		FECHA	5/7/2022		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:  Iluminación						EQUIPO/AREA			
						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:			
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
SOLICITADO POR:						FIRMA CONFORME:			
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>	SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>					Lidia de la Rosa			
MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRABAJO	
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	
								HORA	
								ENCARGADO MTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

- ① Cambio de (3) tubs de 17 watt LED
- ② " " (1) " 17 "
- ③ " " (4) " 32 " (usado)

Gregorio

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Oficina Banco de

HORA

FECHA

28/7/2022

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Illuminación

sangre

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO



MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRA

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

ENCARGADO MTTTO.

NOMBRE

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Rapel / Ramon / Nicks

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Investigación

HORA

FECHA

20/7/2022

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Capacitor (2)  
Gas R-22 (4 libras)

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

*[Handwritten signature]*

FIRMA CONFORME:

*[Handwritten signature]*

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECÉPCION DEL TRA

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Rafael/Ramón

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL							
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO		Estos de Mañe 2da			HORA		FECHA		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:		Mantenimiento A/A						EQUIPO/AREA	
								SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:	
								SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:	
SOLICITADO POR:								FIRMA CONFORME:	
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>				Santo Olon			
MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRA	
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	HORA
								ENCARGADO MTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

# ORDEN DE SERVICIO

*Rafael Alvarado*  
 SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
 HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

*Casual* HORA

FECHA

*13/3/22*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA

EQUIPO/AREA

*Cheques A/A -  
de Nefrolog. y Neurocirugia*

SI ES UN EQUIPO ESCRIBE SU NOMBRE

SI ES UNA AREA ESCRIBE SU NOMBRE

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO

NOMBRE

FIRMA

*[Handwritten signature]*

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Nepros - Logia  
Aire Reparado punto Abierto  
Nero cirujia -  
Cheques

# ORDEN DE SERVICIO

*Rafael Ramon*  
 SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
 HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

*Hosp. Dr. HORA*

FECHA

*13/7/22*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA

*Cambio de copante para una prueba*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO ESCRIBE SU NOMBRE

SI ES UNA AREA ESCRIBE SU NOMBRE

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA  
HORA

ENCARGADO MTTO

NOMBRE

FIRMA

*[Handwritten signature]*

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Rafael / Nicolás / Ramon

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	SERVICIO NACIONAL DE SALUD		
	HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL		
No.	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO		

DEPARTAMENTO	HORA	FECHA
		19/7/2022

DESCRIPCION DEL PROBLEMA: <i>Mantenimiento de A/A Limpieza (neurologia)</i>	<b>EQUIPO/AREA</b>
	SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:
	SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:	FIRMA CONFORME:
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>	<i>Martiza Colcaru</i>
SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>	

MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRA	
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	HORA

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Rafael / Nicolas / Ramon

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL							
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO		Consulta Ext		HORA		FECHA		19/7/2022	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:  Mantenimiento de A/A limpieza						EQUIPO/AREA			
						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:			
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
SOLICITADO POR:								FIRMA CONFORME:	
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>							
MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRA	
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	
								HORA	
								ENCARGADO MTTO.	
								NOMBRE: Yuky D. Polo R.	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

Rafael Ramos

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	SERVICIO NACIONAL DE SALUD										
	HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL										
No.:	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO										
DEPARTAMENTO	Sala 330			HORA		FECHA	15/7/2022				
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:  Reparación y Mantenimiento de A/A						EQUIPO/AREA					
						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:					
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:					
SOLICITADO POR:						FIRMA CONFORME:					
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>	SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>										
MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRABAJO			
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO			HORAS	H. EX	FECHA	HORA
								ENCARGADO MTTO.			
								NOMBRE:			
								FIRMA: De los Santos			
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO											

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

de los  
de los

y  
mantenimiento.

*Rafael*

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

*Solo*

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

*301*

HORA

FECHA

*13/6/22*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*A/A no funciona*

**EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

**MANO DE OBRA**

**RECEPCION DEL TRABAJO**

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

HORA

**ENCARGADO MTTO.**

NOMBRE:

FIRMA:

*[Signature]*

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Rafael

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL								
No.	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO								
DEPARTAMENTO	OTORRINO			HORA		FECHA	12/5/2022		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:  <i>Chequear A/A no enfia</i>						EQUIPO/AREA			
						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:			
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
SOLICITADO POR:						FIRMA CONFORME:			
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>	SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>								
MANO DE OBRA							RECEPCION DEL TRABAJO		
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	
								HORA	
								ENCARGADO MTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA: <i>Stefany m.</i>	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

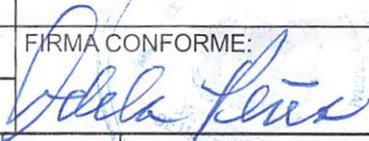
OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

*Midas / Ramon / Rafael*

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL								
	<b>No.</b>	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO	<i>Despensa</i>			HORA		FECHA	<i>11/7/2022</i>		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA: <i>cod 1/2 Coupling 1/2</i> } <i>Se usaran en el area de la Despensa</i> <i>Reparar Desague de agua</i>						<b>EQUIPO/AREA</b>			
						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:			
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
SOLICITADO POR:	<i>COCINA</i>					FIRMA CONFORME: <i>Galus Saiz</i>			
SERVICIO INTERNO <input checked="" type="checkbox"/>	SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>								
<b>MANO DE OBRA</b>							<b>RECEPCION DEL TRABAJO</b>		
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	HORA
								<b>ENCARGADO MTTO.</b>	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Rafael / Nicolás / Ramón

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	SERVICIO NACIONAL DE SALUD								
	HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL								
No.	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO								
DEPARTAMENTO	Transplante Renal			HORA		FECHA	7/7/2022		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:  Chequear Breaker						EQUIPO/AREA			
						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:			
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
SOLICITADO POR:	Jeda / Blanco			FIRMA CONFORME: 					
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>				SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>					
MANO DE OBRA						RECEPCION DEL TRABAJO			
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	
								HORA	
								ENCARGADO MTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Rafael Ramón

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL								
	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO								
No.									
DEPARTAMENTO	Quirófano #1			HORA			FECHA	4/7/2022	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA: Cheques de Aire cambio de Abanico							EQUIPO/AREA		
							SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:		
							SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:		
SOLICITADO POR:							FIRMA CONFORME:		
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>			SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>				I. Cornelio		
MANO DE OBRA							RECEPCION DEL TRABAJO		
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	
								HORA	
								ENCARGADO MTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Rafael / Ramon

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Quirófano #6

HORA

FECHA

4/7/2022

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Cambio de contactos

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

J. Sornetia

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	HORA

ENCARGADO MTTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

**ORDEN DE SERVICIO**SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL

No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

HORA

FECHA

27/6/2022

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Se le entrega control de A/A

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Lidia Velazquez

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO SERVICIO EXTERNO 

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Rafael

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

Computero DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

#6

HORA

FECHA

6/6/22

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

chequeo de A/A.

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

D. del arco

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

*[Handwritten signature]*

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>								
	SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL							
<b>No.</b>	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO	Residete R1			HORA	FECHA		14/2/22	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:					EQUIPO/AREA			
↓ Residete: Hebra Los A/A no funcionan					SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:			
					SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
SOLICITADO POR:					FIRMA CONFORME:			
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>			SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>					
MANO DE OBRA							RECEPCION DEL TRABAJO	
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	
							ENCARGADO MTO.	
							NOMBRE:	
							FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO								

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Rafael

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

*Clínica Neurológica*  
~~7000~~

HORA

*3:30 pm*

FECHA

*23/5/2022*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Chequear A/A no funciona*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

*Luz*

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTO.

NOMBRE:

FIRMA:

*Yaira D. Pérez*

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

*Rafael Ravelo*  
 SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
 HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	No. <i>Neurocirugia</i>	
	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO	

DEPARTAMENTO	HORA	FECHA
<i>Neurocirugia</i>		<i>30/6/22</i>
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:		EQUIPO/AREA
<i>Mantenedto A/A</i>		SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:
		SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:	<i>Sic</i>	FIRMA CONFORME:
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>	SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>	

MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRABAJO	
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	HORA



ENCARGADO MTTTO.  
 NOMBRE: *Sto. Dgo. D.R.*  
 FIRMA: *Dra. S... R#*

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Rafael Ramón

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Dengue

HORA

FECHA

7/7/22

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Controlar Temperatura  
bajarla

**EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

D.V. Sanchez

FIRMA CONFORME:

*[Signature]*

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

**MANO DE OBRA**

**RECEPCION DEL TRABAJO**

MANO DE OBRA			RECEPCION DEL TRABAJO						
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	HORA

ENCARGADO MTTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

HORA

FECHA

05/07/2022

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

3 Aire acondicionado  
limpieza y  
cambio de capacitor

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

HORA

ENCARGADO M.TTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Capacitor de 500F

*Nidas (Ramón) Rafael*

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	SERVICIO NACIONAL DE SALUD							
	HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL							
<b>No.</b>	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO	<i>Auditoria M.</i>		HORA		FECHA		<i>11/7/2022</i>	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:  <i>Limpieza de Aire (conductos)</i>						EQUIPO/AREA		
						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:		
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:		
SOLICITADO POR:						FIRMA CONFORME:		
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>	SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>					<i>Alida Santos</i>		
MANO DE OBRA						RECEPCION DEL TRABAJO		
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA
								HORA
								ENCARGADO MTTO.
								NOMBRE:
								FIRMA:
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO								

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Rafael

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Sala 202

HORA

FECHA

13/6/2022

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Ciurgia  
Chequear A/A esta caliente

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Deysi D. Javier

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Rafael/Ramos Lenicolas

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL										
No.	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO										
DEPARTAMENTO	Neurocirugía			HORA		FECHA	11/7/22				
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:  Cambio de tarjeta Al condensador de Aire Inverter						EQUIPO/AREA					
						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:					
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:					
SOLICITADO POR:						FIRMA CONFORME:					
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>			SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>								
MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRABAJO			
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO			HORAS	H. EX	FECHA	
										HORA	
										ENCARGADO MTTTO.	
								NOMBRE:			
								FIRMA:			
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO						Luz Maria					

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Combo de targeta  
del Condensador



*Rafael*

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL

ORDEN DE SERVICIO

No. DEPARTAMENTO

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO  
HORA

FECHA

19/5/2022  
EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:  
SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

DESCRIPCION DEL PROBLEMA  
*Mantenimiento A LA  
Preventivo*

*Quina Grato*

FIRMA CONFORME:

SOLICITADO POR: *Pamela*

SERVICIO EXTERNO

RECEPCION DEL TRAP

SERVICIO INTERNO

MANO DE OBRA

FECHA

HORA

ENCARGADO

FECHA

CODIGC

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

ORAS

H. EX

FIRMA:

*Costello*

FECH.

OBSERVACIONES DE TRABAJO REALIZADO AL DORSO

RECEPCION DEL TRABAJO

HORAS

H. EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTT.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

ORDEN DEL SERVICIO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Empty rectangular box for observations.

Rafael / Nicolas / Ramon

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	SERVICIO NACIONAL DE SALUD								
	HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL								
<b>No.</b>	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO								
DEPARTAMENTO	Microbiología			HORA		FECHA	6/7/2022		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:						EQUIPO/AREA			
Instalacion de motor						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:			
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
						FIRMA CONFORME:			
SOLICITADO POR:									
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>	SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>								
MANO DE OBRA							RECEPCION DEL TRABAJO		
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	HORA
								ENCARGADO MTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									



6 VII 22

Necesita ~~ver~~

↓

Vanillas para soldar motores de A/A

5 libras de GAS R-22

1 vanilla de soldar



Rafael y Ramon Nicola

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

Oficina

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

UCIP.

HORA

FECHA

5/7/22

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Intalacion Motor Ventilador  
aire Centon Doble eje

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Rafael / Nicolás / Ramón

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL								
<b>No.</b>	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO								
DEPARTAMENTO	Oficina de CCT			HORA		FECHA	6/7/2022		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:						EQUIPO/AREA			
Instalación de Turbina de Evaporador de Aire						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:			
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
SOLICITADO POR:						FIRMA CONFORME:			
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>	SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>								
MANO DE OBRA							RECEPCION DEL TRABAJO		
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	
								HORA	
								ENCARGADO MTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

*Optico*

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

*Mantenimiento*

HORA

FECHA

*21/7/2022*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Instalación de Brazo Hidraulico*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCIÓN DEL TRA

FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:



OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

*Oficio*

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	SERVICIO NACIONAL DE SALUD								
	HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL								
<b>No.</b>	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO								
DEPARTAMENTO	<i>Oficina Cirugía</i>			HORA		FECHA	<i>8/7/2022</i>		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:						EQUIPO/AREA			
<i>Colocación de un brazo Hidráulico y Ajuste de Ueain</i>						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:			
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
SOLICITADO POR:						FIRMA CONFORME:			
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>			SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>						
MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRABAJO	
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	<i>8/17/2022</i>
								HORA	
								ENCARGADO MTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

# ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Reparación Maquinaria

HORA

FECHA

13/7/22

DESCRIPCION DEL PROBLEMA

Cambio de plafones.

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO ESCRIBE SU NOMBRE

SI ES UNA AREA ESCRIBE SU NOMBRE

SOLICITADO POR:

Pedro Luis

FIRMA CONFORME

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO

NOMBRE

FIRMA

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

1-19<sup>2</sup>/d

1-1-39<sup>3</sup>/d

*Ofelio*

**ORDEN DE  
SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



**No.**

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

*UCIP*

HORA

FECHA

*7/7/2022*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Reparar tramo de almacen*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

*Denny*

FIRMA CONFORME:

*[Firma manuscrita]*

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

*Opelio*

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL								
No.	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO								
DEPARTAMENTO	<i>Sala 306</i>			HORA		FECHA	<i>7/7/2022</i>		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:  <i>Instalación de un juego de pizarra</i>						EQUIPO/AREA			
						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:			
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
SOLICITADO POR:						FIRMA CONFORME:			
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>							
MANO DE OBRA						RECEPCION DEL TRABAJO			
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	
								HORA	
								ENCARGADO MTTTO.	
								NOMBRE: <i>Jgo. N</i>	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

*Oxígeno*

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	SERVICIO NACIONAL DE SALUD							
	HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL							
<b>No.</b>	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO	<i>Odontología</i>		HORA		FECHA	<i>7/7/22</i>		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:  <i>Abrir la puerta principal</i>					EQUIPO/AREA			
					SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:			
					SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
SOLICITADO POR:	<i>D. Otaz</i>				FIRMA CONFORME:			
SERVICIO INTERNO <input checked="" type="checkbox"/>	SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>				<i>Dra. Escoto</i>			
MANO DE OBRA							RECEPCION DEL TRABAJO	
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	
							ENCARGADO MTTTO.	
							NOMBRE:	
							FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO								



OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

*Oficio*

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

*Esterilizaci3n*

HORA

FECHA

*5/7/2022*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Chequear Puerta Maquin*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO



MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

*Oficio*

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	SERVICIO NACIONAL DE SALUD								
	HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL								
<b>No.</b>	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO								
DEPARTAMENTO	<i>Hesterilización</i>			HORA		FECHA	<i>4/7/2022</i>		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:  <i>Abierta Puerta</i>						EQUIPO/AREA			
						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:			
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
SOLICITADO POR:	<i>Jesús / Rosanna Gomez</i>					FIRMA CONFORME:			
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>	SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>					<i>Rosanna Gomez</i>			
MANO DE OBRA							RECEPCION DEL TRABAJO		
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	
								HORA	
								ENCARGADO MTTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

**ORDEN DE SERVICIO**

*Oficina*

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

*farmacia*

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

*3er nivel*

HORA

FECHA

*12/7/22*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*ajuste de Puerto*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

*Pinto*

FIRMA CONFORME:

*M. Gregoria Pinto*

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

MANO DE OBRA				RECEPCION DEL TRABAJO			
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

3 - Tonillo de 3''

*opelio*

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

*Farmacia 3ra*

HORA

FECHA

*12/7/2009*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Reparar un tramo*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

*Lidia Pina*

FIRMA CONFORME:

*Lidia Gregoria Pina*

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

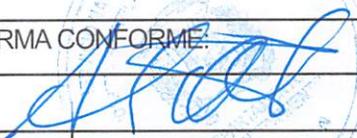
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

*Oficio*

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL							
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO		<i>UCI</i>		HORA	<i>08:50</i>	FECHA	<i>15 VII 22</i>		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA: <i>FIJAR DOS PIZARRAS</i>					EQUIPO/AREA				
					SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:				
					SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:				
SOLICITADO POR:		<i>Dr. Juan Ortega</i>			FIRMA CONFORME:				
SERVICIO INTERNO <input checked="" type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>							
MANO DE OBRA							RECEPCION DEL TRABAJO		
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	HORA
								ENCARGADO MTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	 SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL									
	<b>No.</b>	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO								
DEPARTAMENTO	<i>Emergencias</i>			HORA		FECHA	<i>20/7/22</i>			
DESCRIPCION DEL PROBLEMA: <i>ajuste de puerta</i>							EQUIPO/AREA			
							SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:			
							SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
SOLICITADO POR:	<i>Alovo</i>					FIRMA CONFORME: 				
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>	SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>									
MANO DE OBRA							RECEPCION DEL TRA			
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA		
								HORA		
								ENCARGADO MTTTO.		
								NOMBRE:		
								FIRMA:		
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO										

8 tombs.

*Opelio*

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

*Sala 5to piso*

HORA

FECHA

*21/7/2022*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

*Reparar llavim o ceradura de puerta  
Vestidor de enfermeras 5to piso*

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

*Jesús Peña*

FIRMA CONFORME:

*Jesús Peña*

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRA

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

llavin para el 5<sup>to</sup> piso

ING. MONTIZA

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL									
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO									
DEPARTAMENTO		A ISLAMIZO		HORA		07:55		FECHA		29 VII 22	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:							EQUIPO/AREA				
ABRIR LOCKER SE QUEDO LLAVE							SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:				
							SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:				
							Firma Conforme: <i>Angela Turck</i>				
SOLICITADO POR:		Ana Luisa						FIRMA CONFORME:			
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>			SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>								
MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRA			
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	HORA		
								ENCARGADO MTTTO.			
								NOMBRE:			
								FIRMA:			
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO											

*Ofelio*

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

*Enseñanza*

HORA

FECHA

*21/7/2022*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Abair Archivo*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

*Pamela*

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRA

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

*Yolley*

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

*Cocina*

HORA

FECHA

*20/7/2022*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Reparación de llaves*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

*Yolley*

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRA

FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	HORA

ENCARGADO MTTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO



*oficio*

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

*Toma de Muestra*

HORA

FECHA

*19/7/2022*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Reparación de cristal en puerta comercial*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

*Reparación*

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRA

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

# ORDEN DE SERVICIO

*Ofelio*

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

*Electric.*

HORA

FECHA

*13/7/22*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA

*Rivete de puente*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO ESCRIBE SU NOMBRE

SI ES UNA AREA ESCRIBE SU NOMBRE

SOLICITADO POR:

*Perdomo*

FIRMA CONFORME

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO

NOMBRE

FIRMA

*[Signature]*

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

*optio*

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL								
	No. DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO								
DEPARTAMENTO	<i>Sala 312</i>			HORA		FECHA	<i>15/7/2022</i>		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA: <i>Quemado</i>						EQUIPO/AREA			
<i>Quitar o Retirar seguro de llavin</i>						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:			
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
SOLICITADO POR:	<i>Licda/ Areas</i>					FIRMA CONFORME:			
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>	SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>								
MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRABAJO	
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	<i>15/7/22</i>
								HORA	
								ENCARGADO MTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

*Oplio*

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

*odontología*

HORA

FECHA

*14/7/2022*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*colocar un tope a puerta*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

*Dra Alexoto*

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO



MANO DE OBRADIVISION DE SALUD BUCAL

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	HORA
								ENCARGADO MTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

oficio

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	SERVICIO NACIONAL DE SALUD											
	HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL											
<b>No.</b>	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO											
DEPARTAMENTO	Odontología		HORA		FECHA	8/7/2022						
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:  Cambio de llavin					EQUIPO/AREA							
					SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:							
					SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:							
SOLICITADO POR:	FIRMA CONFORME: 											
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>	SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>											
MANO DE OBRA												
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	
										ENCARGADO MTTO.		
										NOMBRE:		
										FIRMA: 		
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO												

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

*Opelio*

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

*Recien nacido*

HORA

FECHA

*8/7/2022*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Abrir un candado.*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

*Lidia Hernandez*

FIRMA CONFORME:

*Lidia Hernandez*

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

*Oficio*

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO	<i>Rays X</i>	HORA		FECHA	<i>28/7/2022</i>
--------------	---------------	------	--	-------	------------------

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:  <i>Construcción de oficina</i>	<b>EQUIPO/AREA</b> SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:
	SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:		FIRMA CONFORME:
-----------------	--	-----------------

SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>	SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>
---	---

MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRA	
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	HORA
								ENCARGADO MTTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA: <i>[Signature]</i>	

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

- 3 planchas de chirox
- 4 puerta completa
- 3 Tubos de Aluminio 10 pies
- 7 Paneles
- 60 Tornillos de chirox
- 6 Tornillos 3"
- 20 Tanguos blanco.

Junior

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL							
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO		Saula Entrega de tickets		HORA		FECHA		15/7/2022	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:  limpieza de Abanicos						EQUIPO/AREA			
						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:			
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
SOLICITADO POR:		FIRMA CONFORME:							
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>							
MANO DE OBRA						RECEPCION DEL TRABAJO			
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	HORA
									ENCARGADO MTTO.
									NOMBRE:
									FIRMA:
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Junior

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL								
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO								
DEPARTAMENTO		Archivo			HORA		FECHA			
							15/7/2022			
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:						EQUIPO/AREA				
Limpieza de Abanicos						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:				
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:				
SOLICITADO POR:						FIRMA CONFORME:				
										
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>			SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>							
MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRABAJO		
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA		
								HORA		
								ENCARGADO MTTO.		
								NOMBRE:		
								FIRMA:		
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO										

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

*None*

Julio Cavarez

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL										
	No.	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO									
DEPARTAMENTO	SALA JCS			HORA		FECHA	15/7/22				
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:  Cambio salidas de O <sub>2</sub>						EQUIPO/AREA					
						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:					
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:					
SOLICITADO POR:	E. J. Vallejuela					FIRMA CONFORME:					
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>	SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>										
MANO DE OBRA									RECEPCION DEL TRABAJO		
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO				HORAS	H. EX	FECHA
15/7/22		1/2 Hrs.									31
											HORA
						ENCARGADO MTTTO.					
						NOMBRE:					
						FIRMA:					
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO											

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

*Julio 10 2022*

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	SERVICIO NACIONAL DE SALUD							
	HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL							
<b>No.</b>	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO	<i>Neumología Pediatría</i>			HORA		FECHA	<i>15/7/22</i>	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:  <i>Quemado Solar de Q</i>						EQUIPO/AREA		
						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:		
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:		
SOLICITADO POR:						FIRMA CONFORME:		
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>	SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>					<i>Yerlino Soriano Neumología Pediatría</i>		
MANO DE OBRA						RECEPCION DEL TRABAJO		
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA
<i>15/7/22</i>	<i>1/2 Hrs.</i>							HORA
								ENCARGADO MTTTO.
								NOMBRE:
								FIRMA:
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO								

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Julio González R

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL									
	<b>No.</b>	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO								
DEPARTAMENTO	Salva 330			HORA		FECHA	15/7/22			
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:  Cambio de (2) Salidas O <sub>2</sub>						EQUIPO/AREA				
						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:				
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:				
SOLICITADO POR:			FIRMA CONFORME:							
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>			SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>			 Perués R				
MANO DE OBRA									RECEPCION DEL TRABAJO	
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA		
15/7/22		1/2 Hrs.						HORA		
								ENCARGADO MTTO.		
								NOMBRE:		
								FIRMA:		
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO										

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Oficio y Atento

6/7/2022 } 7/7/2022

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	SERVICIO NACIONAL DE SALUD							
	HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL							
<b>No.</b>	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO	Taller			HORA		FECHA	8/7/2022	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:  División de taller						EQUIPO/AREA		
						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:		
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:		
						FIRMA CONFORME:		
SOLICITADO POR:						FIRMA CONFORME:		
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>			SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>					
MANO DE OBRA						RECEPCION DEL TRABAJO		
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA HORA
								ENCARGADO MTTO.
								NOMBRE:
								FIRMA:
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO								



OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

- 5 plancha de Aluzin de 10<sup>pie</sup> x 41" Ancho
- 3 Perfiles de Aluzin 3 x 1/2 Carbonizado
- 3 " " " 1/2 x 1/2 "
- 2 libras de Varillas de soldas 3/32
- 124 Tornillos para Aluzin 3/4 pulgadas
- 2 Disco de corte # 9
- un Par de visagras soldables 5/8
- 1 punta de Acero miquef existente como bacof
- 1 Galon de Anti-oxido
- 1 brocha # 3

Alonso

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Recien nacido

HORA

FECHA

20/7/22

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

EQUIPO/AREA

Reparación de lampana cuello de Gango. (3 de 5)

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

*Alonso*

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRA

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

3 bombillos

# ORDEN DE SERVICIO

*Aloso*

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

*Vcin*

HORA

FECHA

*12/7/22*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA

*fixar patos de soporte*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO ESCRIBE SU NOMBRE

SI ES UNA AREA ESCRIBE SU NOMBRE

SOLICITADO POR:

*Pedro*

FIRMA CONFORME

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

*[Signature]*

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA  
HORA

ENCARGADO MTTO

NOMBRE

FIRMA

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

*Alonso*

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



**No.**

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

*Tomografía*

HORA

FECHA

*3/5/2022*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Sellar un hueso*

**EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

*Claitza*

FIRMA CONFORME:

*Claitza*  
*Dlo Claitza*

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

**ORDEN DE  
SERVICIO**SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL

No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Taller Reparación

HORA

FECHA

8/7/2022

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Entrega de candado Mediano  
Yale.

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Rafael

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO SERVICIO EXTERNO 

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

*Nicolas*

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

*Tecnico de Aire*

HORA

FECHA

*18/7/2022*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Limpieza de techo y pintura*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECÉPCION DEL TRA

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

HORA

ENCARGADO M.TTO.

NOMBRE:

FIRMA:



OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

1 Galon de impermeabilizante de techo.  
 1 lito de thinner  
 1 Oxido Rojo en Galon  
 3 Galones Pintura }  
 1 Galon de pintura blanca }  
 1 " " " " " Verde }  
 1 " " " " " " " " }  
 1 " " " " " " " " }  
 1 " " " " " " " " }  
 1 " " " " " " " " }  
 Total 3

Alonso / Lea

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL						
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO						
DEPARTAMENTO		Consulta Ext		HORA		FECHA 20/7/2022		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:  Reparación Molecular Cisterna Consulta.						EQUIPO/AREA		
						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:		
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:		
SOLICITADO POR:						FIRMA CONFORME:		
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>						
MANO DE OBRA								
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	RECEPCION DEL TRA
								FECHA
								HORA
								ENCARGADO MTTTO.
								NOMBRE:
								FIRMA:
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO								

*Peranto Wilson August*

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD

- HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

*arolea*

HORA

FECHA

*21/7/2022*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Subir puerta acanto de Maquina del Ascensor.*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

*Alonzo*

FIRMA CONFORME

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRA

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Charly

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL							
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO		Sala 332			HORA		FECHA		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:		Vitrina Reparada. Reparación de 5 curas						EQUIPO/AREA	
SOLICITADO POR:								SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:	
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:	
								FIRMA CONFORME:	
									
MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRABAJO	
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	HORA
								ENCARGADO MTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

- 5 Galones de tiner
- 5 latas de pintura Blanca Mezclada
- 5 Pies de caolun.
- 5. tornillos con tuercas

Eluma

# ORDEN DE SERVICIO

*Choely*  
 SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
 HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

*Bloque Quirúrgico* HORA

FECHA

*12/13/7/22*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA

*Ensamble de Carter*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO ESCRIBE SU NOMBRE

SI ES UNA AREA ESCRIBE SU NOMBRE

SOLICITADO POR:

*J. Franco*

FIRMA CONFORME

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

*Oscairáng Antígüez R.*

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO

NOMBRE

FIRMA

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Charly

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

*oncologia*

HORA

FECHA

*11/7/2022*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA

*Reparar cama (Ajustar tornillo)*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

*Lidia / Juana Rodriguez*

FIRMA CONFORME:

*Lidia Rodriguez*

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

# ORDEN DE SERVICIO

*Charly*  
 SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
 HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No. *Ofic* DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO *Yhanna* HORA FECHA *11/7/22*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA *Oficina*  
*Ensamble de Modulo de oficina*

EQUIPO/AREA  
 SI ES UN EQUIPO ESCRIBE SU NOMBRE  
 SI ES UNA AREA ESCRIBE SU NOMBRE

SOLICITADO POR: *Yhanna*  
 SERVICIO INTERNO  SERVICIO EXTERNO

FIRMA CONFORME *[Signature]*

### MANO DE OBRA

### RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA HORA
								ENCARGADO MTTO
								NOMBRE
								FIRMA

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

*Charly*

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

*Recursos*

HORA

FECHA

*18/7/22*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Humano*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

*Instalacion de Computador para Escritorio*

SOLICITADO POR:

*[Signature]*

FIRMA CONFORME:

*[Signature]*

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRA

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

*[Signature]*

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

24 tomillos triapenado

24 tarugo azules.

2 punto de Estua

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	 SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL								
	No.	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO	RX			HORA			FECHA	21/7/22	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:							EQUIPO/AREA		
Colocacion de 4 bancada.							SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:		
							SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:		
SOLICITADO POR:	Tenero						FIRMA CONFORME:		
SERVICIO INTERNO <input checked="" type="checkbox"/>	SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>								
MANO DE OBRA							RECEPCION DEL TRA		
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	HORA
							ENCARGADO MTO.		
							NOMBRE:		
							FIRMA:		
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

1 galon pintura Gris  
2 lija de agua.  
 $\frac{1}{4}$  Pintura negra.  
 $\frac{1}{2}$  Galon de Trimer

Charly

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Mantenimiento

HORA

11:21 am

FECHA

28/7/2022

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Reparación 2 Sells de Visitas  
Gestión Calidad, Unidad Técnico  
Integral

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:



SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECÉPCION DEL TRA

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Charly

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Urgencia

HORA

FECHA

14/9/2022

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Estas de Madre de Reparar Escritorio

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Luis Cauajal

FIRMA CONFORME:

Luis Luis Perez

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Charly

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Cardiología 236

HORA

FECHA

25/7/2022

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Reparar Escritorio

**EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Licda/

FIRMA CONFORME:

*[Handwritten signature]*  
*[Circular stamp: SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL]*

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRA

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTQ.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Charly

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO	<i>Gasto sala 3ra</i>	HORA		FECHA	<i>20/7/2022</i>
--------------	-----------------------	------	--	-------	------------------

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:  <i>Quitar base de televisor</i>	EQUIPO/AREA
	SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:
	SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:	<i>Licda / Castillo</i>	FIRMA CONFORME:
-----------------	-------------------------	-----------------

SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>	SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>
---	---

MANO DE OBRA							RECEPCION DEL TRA		
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	HORA

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO





ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL

*Charly*

FECHA

*21/7/22*

EQUIPO/ÁREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

No.

DEPARTAMENTO

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Colocacion de  
3 portocaudados y 3 pestillo  
a garrinete  
D. Mayorin Alvarez*

FIRMA CONFORME

*Asocio D.*

RECEPCION DEL TRA

SOLICITADO POR:

*D. Mayorin Alvarez*

SERVICIO EXTERNO

SERVICIO INTERNO

MANO DE OBRA

FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	HORAS	H. EX



FECHA

HORA

NOMBRE:

FIRMA:

*[Signature]*

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTTO.  
NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Charly

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

~~Pacillo~~ Pacillo

HORA

FECHA

21/7/2022

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Bancada Reparada

Rayos X

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

*Georgia Montoya*

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRA

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

*Georgia Montoya*

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Charly

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL								
No.	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO								
DEPARTAMENTO	Farmacia			HORA	11:58		FECHA	12/07/2022	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:  Instalación de un tramo							EQUIPO/ÁREA		
							SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:		
							SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:		
SOLICITADO POR:			FIRMA CONFORME:						
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>							
MANO DE OBRA							RECEPCION DEL TRABAJO		
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	HORA
								ENCARGADO MTTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA: Luzia Hdg	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Agosto

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL											
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO											
DEPARTAMENTO		<del>Higiene</del>		HORA		FECHA		12/7/2022					
DESCRIPCION DEL PROBLEMA: <i>Emergencia</i>  <i>Cambio de clave de Lavamano.</i>						EQUIPO/AREA							
						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:							
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:							
SOLICITADO POR:						FIRMA CONFORME							
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>											
MANO DE OBRA										RECEPCION DEL TRABAJO			
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO					HORAS	H. EX	FECHA	HORA
						ENCARGADO MTTTO.							
						NOMBRE:							
						FIRMA:							
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO													

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Agosto

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL							
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO		Emergencia			HORA		FECHA		
							28/7/2022		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:						EQUIPO/AREA			
Cambio de llave de sacamano						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:			
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
SOLICITADO POR:						FIRMA CONFORME:			
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>							
MANO DE OBRA									
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	RECEPCION DEL TRA	
								FECHA	
								HORA	
								ENCARGADO MTTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

Agosto

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

HORA

FECHA

20/7/2022

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

3ra planta

EQUIPO/AREA

Baño tapado

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRA

FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	HORA

ENCARGADO MTTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

*[Handwritten signature]*

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Agosto

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO	Sala 5 <sup>to</sup> piso	HORA		FECHA	21/7/2022
--------------	---------------------------	------	--	-------	-----------

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:  Reparación o cambio de llave de lavamanos.	EQUIPO/AREA
	SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:
	SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:	Lidia Peña	FIRMA CONFORME:	
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>	SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>		

MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRA	
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	HORA

ENCARGADO MTTTO.

NOMBRE:

FIRMA: Lidia Peña

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

1 Michadora de Fregadero .  
1 Rollo de Teflon

Agosto

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

*Emergencia*

HORA

FECHA

DESCRIPCION DEL PROBLEMA

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

*Reparación de Baño de Emergencia  
están Tapados.*

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME



SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRA

FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	HORA

ENCARGADO MTO.

NOMBRE:

FIRMA:

*[Handwritten signature]*

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

1 balansing  
1 Brocha  
limpieza

Agosto

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO		Sud-Dirección		HORA		FECHA		26/7/2022		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:							EQUIPO/AREA			
Cambio de Valvula de Inodoro.							SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:			
							SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
SOLICITADO POR:				FIRMA CONFORME:						
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>			SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>			Sra. J. Tejada				
MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRA		
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	HORA	
ENCARGADO MTTO.								NOMBRE:		
								FIRMA:		
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO										



<b>ORDEN DE SERVICIO</b>		<i>Augusto</i> SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL						 SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD	
No. <i>banco</i>		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO <i>Emergencia</i>		HORA		FECHA <i>20/7/22</i>					
DESCRIPCION DEL PROBLEMA: <i>↑↑ (aviso de Emergencia Lab auto)</i>						EQUIPO/AREA			
						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:			
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE			
SOLICITADO POR:						FIRMA CONFORME:			
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>							
MANO DE OBRA						RECEPCION DEL TRA			
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	HORA
						ENCARGADO MTTTO.			
						NOMBRE:			
						FIRMA: <i>[Signature]</i>			
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

Agosto

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD

HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Sub-Dirección

HORA

FECHA

14/7/2022

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Cambio de llave del Inodoro.

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

Shirley Teresa de Moya

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MITO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

- 1 llave angular de  $\frac{1}{2} \times \frac{3}{8}$
- 1 wiple de  $\frac{1}{2} \times 3$
- 1 manguera de inodoro
- 1 Rollo de teflon

Agosto

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL					
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO					
DEPARTAMENTO		HORA		FECHA		18/7/2022	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:  Sanguar bomba no esta funcionando				EQUIPO/AREA			
				SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:			
				SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
SOLICITADO POR:						FIRMA CONFORME:	
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>					
MANO DE OBRA						RECEPCION DEL TRABAJO	
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX
						ENCARGADO MTTO.	
						NOMBRE:	
						FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO							



OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Agosto

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL							
No.	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO	Oncología Sala		HORA		FECHA	12/7/2022		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:					EQUIPO/AREA			
Cambio de Ducha					SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:			
					SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
SOLICITADO POR:	Linda / Jiana				FIRMA CONFORME 			
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>	SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>							
MANO DE OBRA								
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	RECEPCION DEL TRABAJO
								FECHA
								HORA
								ENCARGADO MTTO.
								NOMBRE:
								FIRMA:
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO								

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

**ORDEN DE SERVICIO**

*Augusto*

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

*Recen nacido*

FECHA

*13/7/22*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA

*Cambio de tuberías de desagüe A/A.*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO ESCRIBE SU NOMBRE

SI ES UNA AREA ESCRIBE SU NOMBRE

SOLICITADO POR:

*Peidomus*

FIRMA CONFORME

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

*J. Manuel*

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX

FECHA  
HORA

ENCARGADO MTTO

NOMBRE

FIRMA

*[Signature]*

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO



Augusto Wiman

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

Construcción DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

27

HORA

FECHA

14/7/22

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Retirar 2 puertas de Hierro y 1 Ventana

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

*[Handwritten signature]*

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Agosto

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL								
	No. DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO								
DEPARTAMENTO	Quispazo			HORA		FECHA	14/7/2022		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:  Reparar llave de Lavamano esta directa						EQUIPO/AREA			
						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:			
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
SOLICITADO POR:						FIRMA CONFORME:			
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>	SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>								
MANO DE OBRA							RECEPCION DEL TRABAJO		
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	
								HORA	
								ENCARGADO MTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Agosto

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Urgencia

HORA

FECHA

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Reparación de 2 lavamanos  
Quirúrgicos

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	HORA

ENCARGADO MTTTO.  
NOMBRE: Lic. Carrasol  
FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

AUGUSTO

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL							
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO		SALÓN QUINTA		HORA		11:30	FECHA	6 VII 22	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:						EQUIPO/AREA			
- FUGA AGUA -						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:			
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
SOLICITADO POR:		L.C.D.A. PEÑA.				FIRMA CONFORME:			
SERVICIO INTERNO <input checked="" type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>							
MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRABAJO	
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	
								HORA	
								ENCARGADO MTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Agosto

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

9/eprosala

HORA

FECHA

1/7/2022

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

chequear llave.

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Licda / Rodriguez

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Agosto

3<sup>er</sup> piso

Sala 326

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL								
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO								
DEPARTAMENTO		M-4			HORA		FECHA			
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:							EQUIPO/AREA			
Pensar banco sala (326)							SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:			
							SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
SOLICITADO POR:		Sic Valenzuela					FIRMA CONFORME:			
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>								
MANO DE OBRA							RECEPCION DEL TRABAJO			
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	HORA	
								ENCARGADO MTTO.		
								NOMBRE:		
								FIRMA:		
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO										

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

*Abajo y agosto*

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL							
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO		<i>Cesteros # 3</i>			HORA		FECHA		
							<i>1/7/22</i>		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:							EQUIPO/AREA		
<i>tapar 3 Hojas. con Soldadura de bronce.</i>							SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:		
SOLICITADO POR:							SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:		
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		<i>Terrero</i>				SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>		FIRMA CONFORME:	
									
MANO DE OBRA							RECEPCION DEL TRABAJO		
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	
								HORA	
								ENCARGADO MTTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

1 Barilla de bronce

Agosto

**ORDEN DE SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Oncología Sala

HORA

FECHA

11/7/2022

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Chequear baño

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO



MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	HORA
								ENCARGADO MTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Agosto

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	SERVICIO NACIONAL DE SALUD								
	HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL								
No.	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO								
DEPARTAMENTO	Laboratorio			HORA		FECHA	11/7/2022		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:  <i>Chequear baño esta tapado</i>						<b>EQUIPO/AREA</b>			
						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:			
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
SOLICITADO POR:	<i>Laboratorio Clinico</i>					FIRMA CONFORME:			
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>	SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>					<i>Lic. Saúl Flores</i>			
MANO DE OBRA						RECEPCION DEL TRABAJO			
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	
								HORA	
								<b>ENCARGADO MTTO.</b>	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

3SERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Agosto

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	SERVICIO NACIONAL DE SALUD							
	HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL							
<b>No.</b>	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO	Psiquiatria		HORA		FECHA	7/7/2020		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:  Chequear pitrante					EQUIPO/AREA			
					SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:			
					SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
SOLICITADO POR:	Inocencia				FIRMA CONFORME:			
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>	SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>							
MANO DE OBRA							 RECEPCION DEL TRABAJO	
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS		H. EX
							ENCARGADO MTTO.	
							NOMBRE:	
							FIRMA:	
							<i>Rosaliz Lizarda</i>	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO								

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO