HOSPITAL
PEDIÁTRICO
DR. ROBERT REID CABRAL

HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL
¨AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA ¨

Santo Domingo, D. N.
05 DE NOVIEMBRE DEL 2022

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

: **Lcda. Yolanda Melgen**
Enc. Administrativa y Financiera
Hosp. Dr. Robert Reid Cabral

Asunto : REMISION INFORME MANTENIMIENTO **MES DE OCTUBRE 2022**

Estimados señores

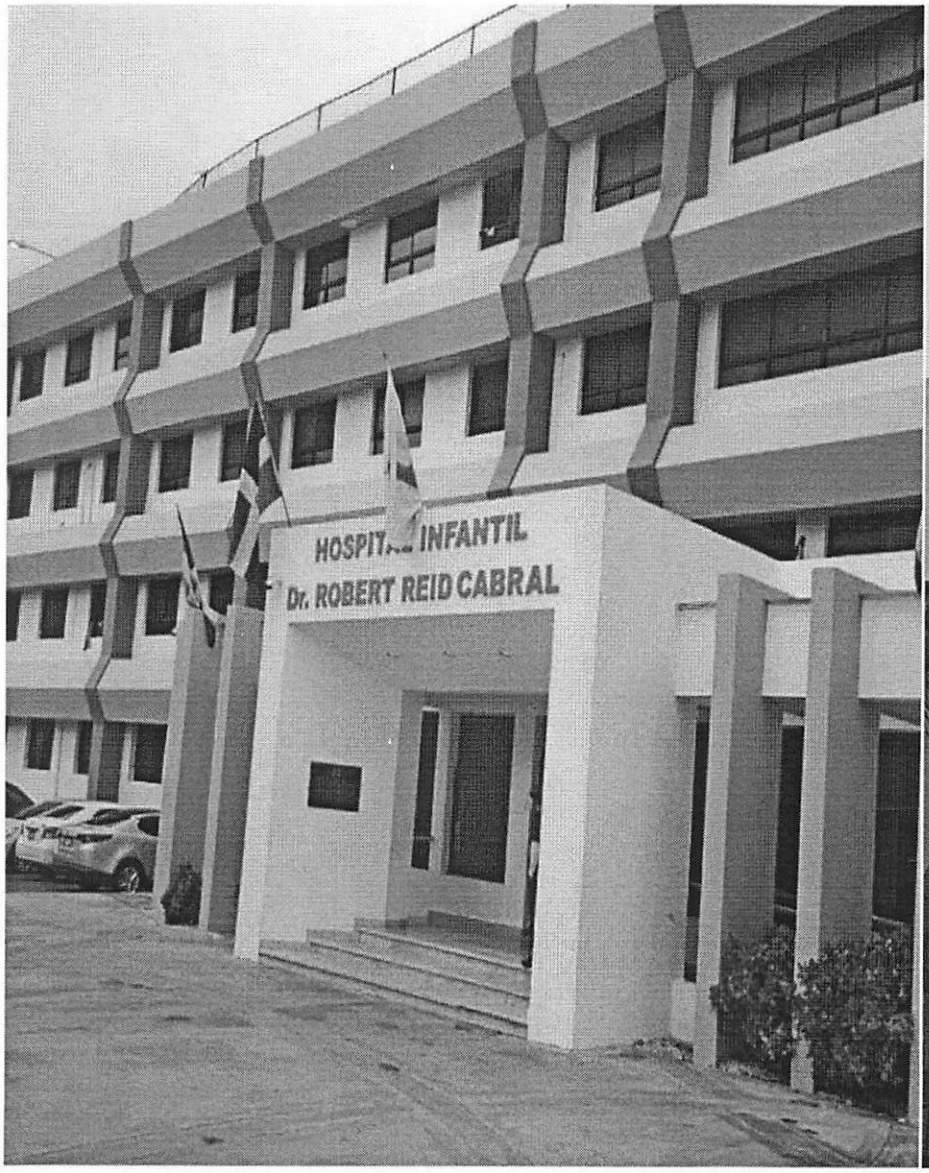
Tenemos a bien remitirle el informe de Mantenimiento correspondiente al **MES OCTUBRE DE 2022.**

Att

DARLIN ABREU
**Departamento De Mantenimiento**

ING. JUAN BERNARDO BATISTA FANTACIA
**CODIA 16939**
**Supervisor Electromecánico HIRRC**

**ESTEPHANY PAOLA BERIGUETE FELIZ**


HOSPITAL INFANTIL
Dr. ROBERT REID CABRAL

# ESQUEMA GENERAL INFORME MENSUAL MANTENIMIENTO.

## I. INFORME MENSUAL MES DE OCTUBRE 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 MENSUAL

# SÍNTESIS TRABAJOS REALIZADOS

## I. ELECTRICIDAD:

- RESUELTO PROBLEMAS DE ILUMINACIÓN (SE CAMBIÓ 139 ILUMINARIAS) EN: RAYOS X FACTURACIÓN, CONSULTAS FACTURACIÓN, FISIATRÍA, VACUNAS, UDA, ECOCARDIOGRAMA, SALA 309, UNIDAD INTEGRAL, FARMACIA 3ERA, SALA 303, GASTRO, MICROBIOLOGÍA, RECIÉN NACIDOS, UCIN, VESTIDOR ENFERMERAS 2DA, CONSULTA EXTERNA, LAVANDERÍA, MANTENIMIENTO, HEMODIÁLISIS, QUEMADOS, NEUROLOGÍA CONSULTA, CONTABILIDAD.

- INSPECCIÓN /OPERACIÓN PLANTA ELÉCTRICA DE EMERGENCIA VOLVO.

## II. PLOMERÍA:

- MANTENIMIENTO CORRECTIVO MÚLTIPLE A BAÑOS, SANITARIOS, LAVAMANOS, DUCTOS, DUCHA EN: CONSULTORIO NO. 6, HEMODIÁLISIS, LABORATORIO, CARDIOLOGÍA, SALÓN 5TO PISO, RAYOS X, LAVANDERÍA, M-2, SALA NEURO, ONCOLOGÍA, UCIP, ATENCIÓN AL USUARIO, AZOTEA (TINACO), M-4(S-332), FISIATRÍA, PLANIFICACIÓN, COMEDOR, M-2(SALA 301), URGENCIA.

- SE ELIMINÓ CISTERNA DE UNIDAD INTEGRAL.

- LE FUE SUSTITUIDO EL CONTROL DE VOLUMEN DE AIRE A LA ESTACIÓN DE BOMBEO NO.2.

- INSPECCIÓN Y OPERACIÓN DEL SISTEMA AGUA DE SERVICIO'

## III. ACONDICIONADORES DE AIRE:

- MANTENIMIENTO CORRECTIVO AL FREEZER DE DESPENSA COCINA.

- INSTALACIÓN TARJETA UNIVERSAL A A/A TOMA DE MUESTRA.

- MANTENIMIENTO CORRECTIVO VARIADO A LAS ÁREAS SIGUIENTES: RAYOS X EQUIPO 2, COSTURA, SALA 309, QUIRÓFANO, SALA 328, MATERIAL GASTABLE, EMERGENCIA, NEFROLOGÍA, CONSULTAS, SALA 308, NEUROLOGÍA (REPOSICIÓN DE GAS Y LIMPIEZA) OFICINA MANTENIMIENTO, OFTALMOLOGÍA, GENÉTICA, RECIÉN NACIDOS, SALÓN 5TA, SONOGRAFIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN, RESIDENTES, CIRUGÍA 202, SALA 430.

## IV. TAPICERÍA Y CERRAJERÍA:

- REPARACIÓN/RECUPERACIÓN DE SILLAS, CARROS DE CARGA, ANAQUEL, BANQUETAS DE FACTURACIÓN, CONSULTAS, LAVANDERÍA, BANCO DE SANGRE, SONOGRAFIA, SUB-DIRECCIÓN, RAYOS X, OFICINA CIRUGÍA, CONSULTORIO 27.

## V. PINTURA / ALBAÑILERÍA:

- SE PINTÓ EL LOBBY PRINCIPAL.
- CONSTRUIDA JARDINERITA ÁREA MANTENIMIENTO.

## RELACION ESTADISTICA SISTEMA GESTION MANTENIMIENTO (SGM) OCTUBRE 2022

| ITEM | AREA | OT GENERADAS | OT EJECUTADAS | OT PENDIENTES | INDICE EJECUCION % | INDICE PENDIENTE % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ALERGIA | 2 | 2 | 0 | 100 | 0 |
| 2 | MANTENIMIENTO | 2 | 2 | 0 | 100 | 0 |
| 3 | MICROIOLOGIA | 2 | 2 | 0 | 100 | 0 |
| 4 | ALMACEN MEDICAMENTOS | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| 5 | HABITACION RESIDENTES | 2 | 2 | 0 | 100 | 0 |
| 6 | EPIDEMIOLOGIA | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| 7 | LAVANDERIA | 4 | 4 | 0 | 100 | 0 |
| 8 | FACTURACION CONSULTA | 4 | 4 | 0 | 100 | 0 |
| 9 | VESTIDOR ENFERMERAS | 3 | 1 | 2 | 33 | 67 |
| 10 | UCIN | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| 11 | GASTRO | 2 | 2 | 0 | 100 | 0 |
| 12 | RECIEN NACIDO | 3 | 3 | 0 | 100 | 0 |
| 13 | HEMODIALISIS | 4 | 3 | 1 | 75 | 25 |
| 14 | RAYOS X 2,4 | 10 | 10 | 0 | 100 | 0 |
| 15 | ODONTOLOGIA | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| 16 | ROPERIA | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| 17 | ALMACEN MATERIAL GASTABLE | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| 18 | QUEMADO 311 | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| 19 | CONSULTA EXT | 6 | 6 | 0 | 100 | 0 |
| 20 | CONTABILIDAD | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| 21 | ATENSION INTEGRAL | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| 22 | DESPENSA | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| 23 | NEUMOLOGIA | 2 | 2 | 0 | 100 | 0 |
| 24 | PSIQUIATRIA | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| 25 | SALA 303 | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| 26 | FARMACIA 3RA | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| 27 | FISIATRIA | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| 28 | COPRESIDA | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| 29 | CONSULTORIO NO.6 | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| 30 | LABORATORIO | 2 | 2 | 0 | 100 | 0 |
| 31 | CARDIOLOGIA | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| 32 | 5TA PISO | 6 | 4 | 1 | 67 | 33 |
| 33 | BOMBA NO.3 | 2 | 2 | 0 | 100 | 0 |
| 34 | M-2 | 3 | 1 | 1 | 67 | 33 |
| 35 | NEURO-SALA | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| 36 | ONCOLOGIA | 1 | 1 | 0 | | |
| 37 | UCIP | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| 38 | ATENSION AL USUARIO | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |

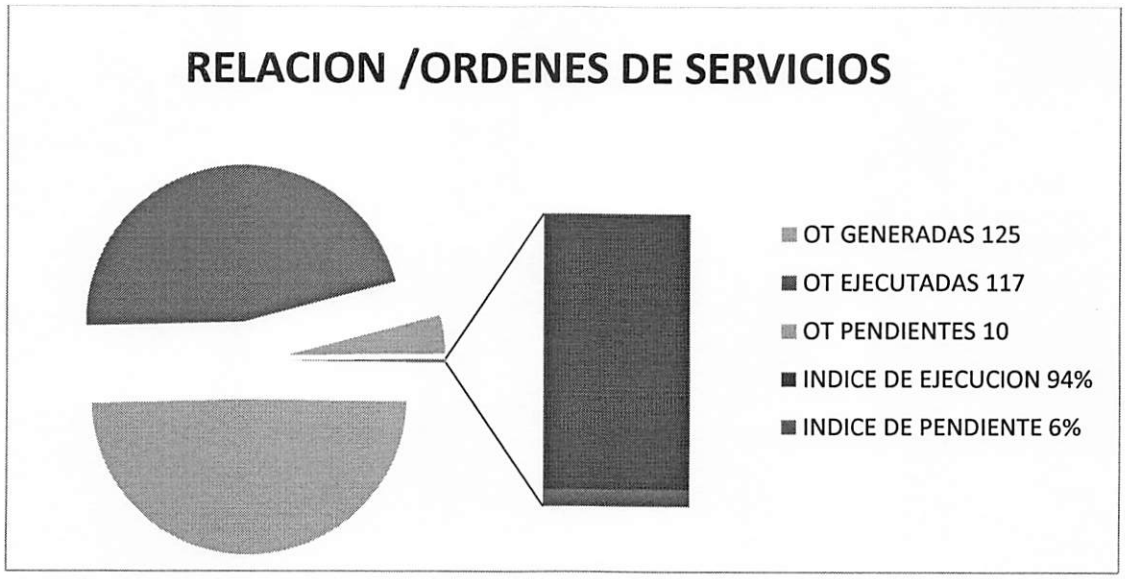
| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 39 | AZOTEA | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| 40 | PASILLO RAYOS X | 2 | 2 | 0 | 100 | 0 |
| 41 | M-4 /SALA 332 | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| 42 | URGENCIA | 2 | 2 | 0 | 100 | 0 |
| 43 | FISIATRIA | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| 44 | PLANIFICACION | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| 45 | OFTALMOLOGIA | 2 | 2 | 0 | 100 | 0 |
| 46 | CONSULTA GENETICA | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| 47 | SALA 328 | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| 48 | SALA 309 | 3 | 3 | 1 | 100 | 0 |
| 49 | QUIROFANO FARMACIA | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| 50 | SONOGRAFIA | 2 | 2 | 0 | 100 | 0 |
| 51 | ACESO A LA INFORMACION | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| 52 | ATENCION AL USUARIO | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| 53 | MATERIAL GASTABLE | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| 54 | CIRUGIA 202 | 2 | 2 | 0 | 100 | 0 |
| 55 | CARDIOLOGIA 430 | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| 56 | TOMA DE MUESTRA | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| 57 | HEMATOLOGIA | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| 58 | BANCO DE SANGRE | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| 59 | OFICINA ARCHIVO | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| 60 | SALON HUGO MENDOZA | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| 70 | SALON MIRANDA | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| 71 | COSTURA | 2 | 2 | 0 | 100 | 0 |
| 72 | EMERGENCIA | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| 73 | VESTIDOR ENFERMERAS | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| 74 | NEUROLOGIA | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| 75 | SALA 308 | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| 76 | NEFROLOGIA | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| 77 | VACUNA | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| 78 | SUD-DIRECCION | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| 79 | UNIDAD DE TERAPIA UDA | 3 | 2 | 1 | 67 | 33 |
| 80 | COCINA/COMEDOR | 2 | 2 | 0 | 100 | 0 |
| 81 | OFICINA CIRUGIA | 1 | 1 | 0 | 100 | 0 |
| N | | 125 | 117 | 7 | 94% | 6% |

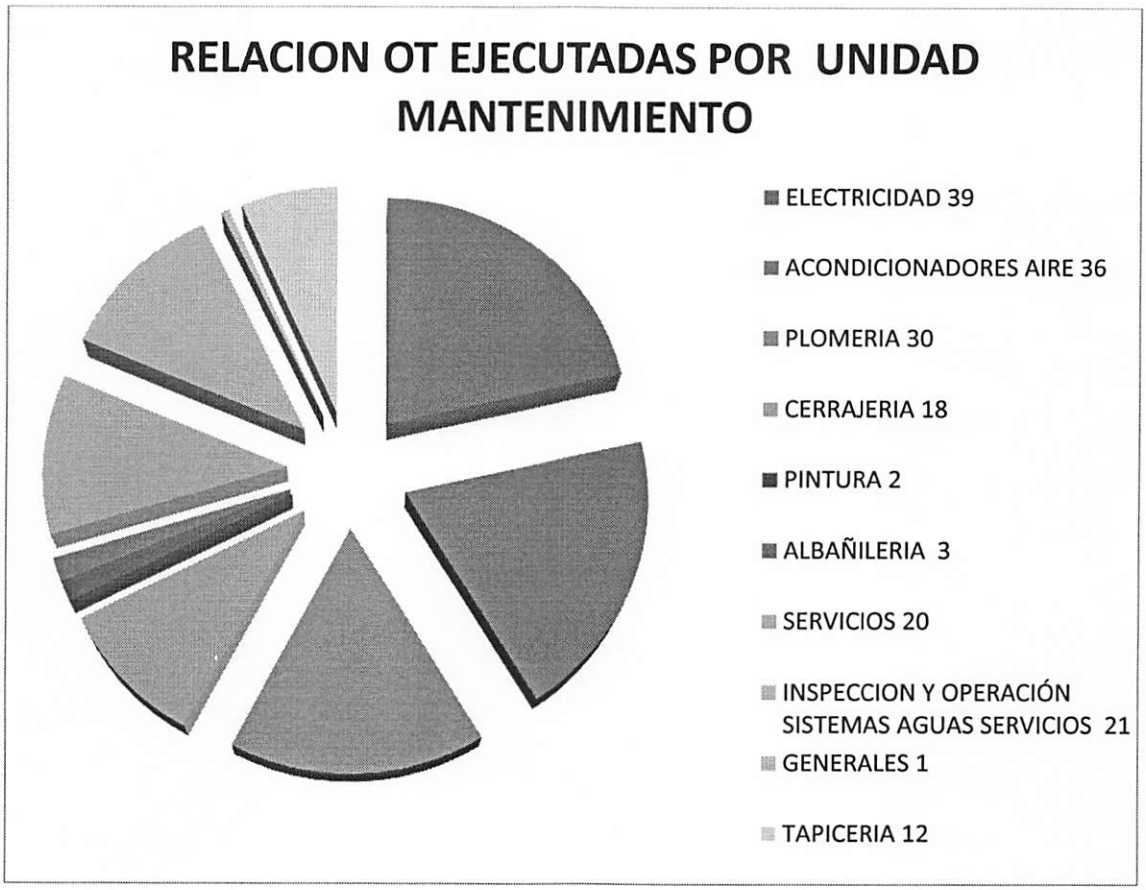
SNS
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

## HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT RIED CABRAL
## GESTION MANTENIMIENTO
## PARTICIPACION DE TECNICOS EN EJECUCION DE ORDENES DE TRABAJOS

| ITEM | DESCRIPCIÓN/NOMBRES | CODIGOS | OT EJECUTADAS | % EJECUCIÓN | OPERACIONES SISTEMAS VITALES |
|---|---|---|---|---|---|
| A | GERENCIA | | N/A | N/A | N/A |
| 1 | DARLIN ABREU | M-01 | N/A | | |
| 2 | BERNARDO BATISTA | M-I | N/A | | |
| 3 | ESTEPHANY P. BERIGUETE F. | MS-17 | N/A | | |
| B | STAFF | | | | |
| I. | ACONDICIONADORES DE AIRE | | | | |
| 1 | RAFAEL | MAA-15 | 33 | 16% | |
| 2 | RAMON | MAA16 | 33 | 16% | |
| II. | ELECTRICIDAD | | | | |
| 1 | YONI MONTILLA | MEB-3 | 33 | 16% | |
| 2 | JOSE LUIS DOMINGUEZ | ME-4 | | | 9 |
| 3 | CESAR ZAPATA | MEB-5 | | | 9 |
| 4 | ANGEL RADAMES | MEB-6 | | | 9 |
| 5 | SAMUEL RODRIGUEZ | MEB-7 | | | |
| 6 | GREGORIO SÁNCHEZ | MEB-8 | 38 | 18% | |
| III. | PLOMERIA | | | | |
| 1 | LUIS ANTUNA | MP-10 | N/A | N/A | |
| 2 | AUGUSTO | MN-11 | 30 | 14.4% | |
| IV. | ALBAÑILERIA | | | | |
| 1 | JUAN RAMON PERALTA | MA-12 | | % | |
| 2. | NICOLAS TORRES | MA-13 | 27 | 13% | |
| 3. | EURISPIDE VOLQUEZ MATOS | ME-9 | | % | |
| V. | CERRAJERIA | | | | |
| 1 | EUFEMIO ULLOA | MC-14 | | % | |
| 2. | CHARLY FEBRILLET | MT-18 | 12 | 5.8% | |
| VI. | PINTURA | | | | |
| 1 | MIGUEL MONTERO | MPI-19 | | % | |
| 2. | ADISON MARTINEZ | MPI-20 | | % | |
| VII. | SERVICIOS GENERALES | | | | |
| 1 | WILSON RAMIRES | MG-22 | 2 | 0.9% | |
| 2 | JUNIOR | MG-21 | | % | |
| | TOTAL | | 208 | % | |

**NOTA: A MENUDO, UNO O MAS OPERARIOS PARTICIPAN EN LA MISMA ORDEN DE TRABAJO.**


RELACION /ORDENES DE SERVICIOS
OT GENERADAS 125
OT EJECUTADAS 117
OT PENDIENTES 10
INDICE DE EJECUCION 94%
INDICE DE PENDIENTE 6%

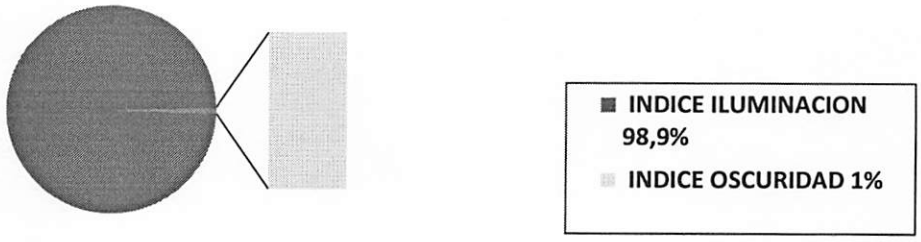

RELACION OT EJECUTADAS POR UNIDAD MANTENIMIENTO
ELECTRICIDAD 39
ACONDICIONADORES AIRE 36
PLOMERIA 30
CERRAJERIA 18
PINTURA 2
ALBAÑILERIA 3
SERVICIOS 20
INSPECCION Y OPERACIÓN SISTEMAS AGUAS SERVICIOS 21
GENERALES 1
TAPICERIA 12

## ILUMINACIÓN

### I. INTERIORES

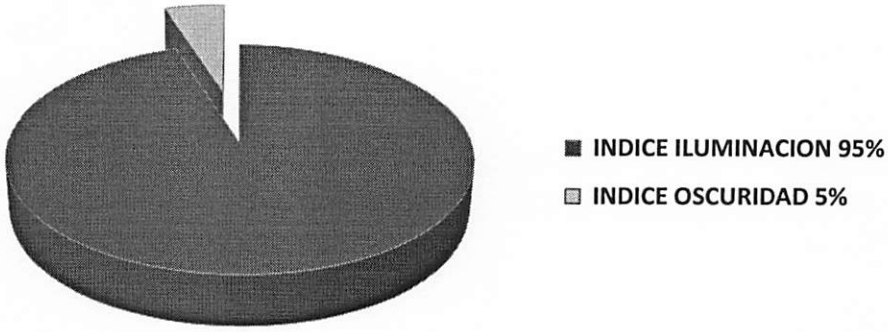
### 1. EDIFICIO PRINCIPAL

TOTAL DE LUMINARIAS: 4170
TOTAL ENCENDIDAS: 4125
TOTAL QUEMADAS: 45

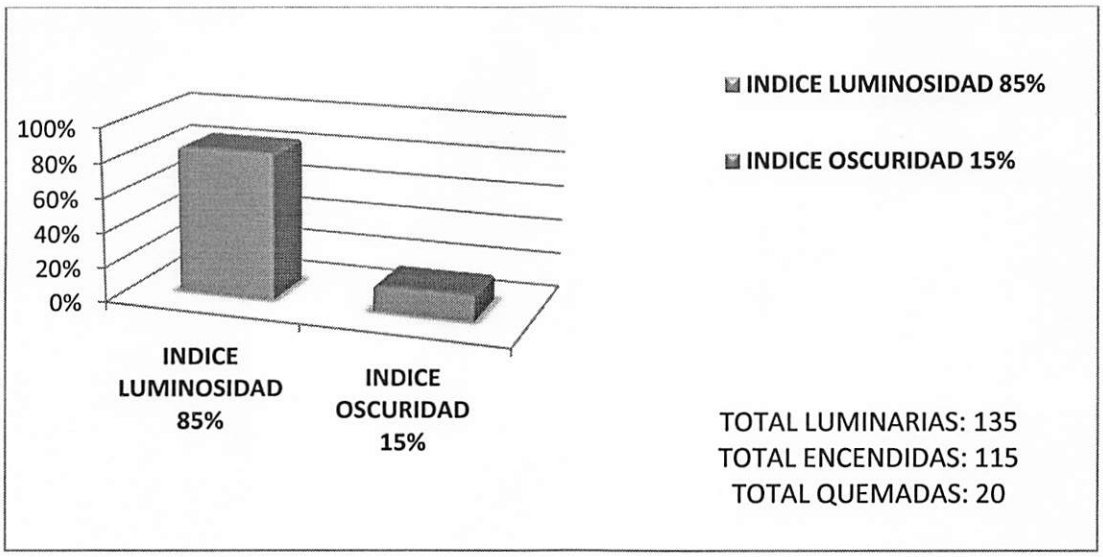



### 2. EDIFICIO CONSULTAS

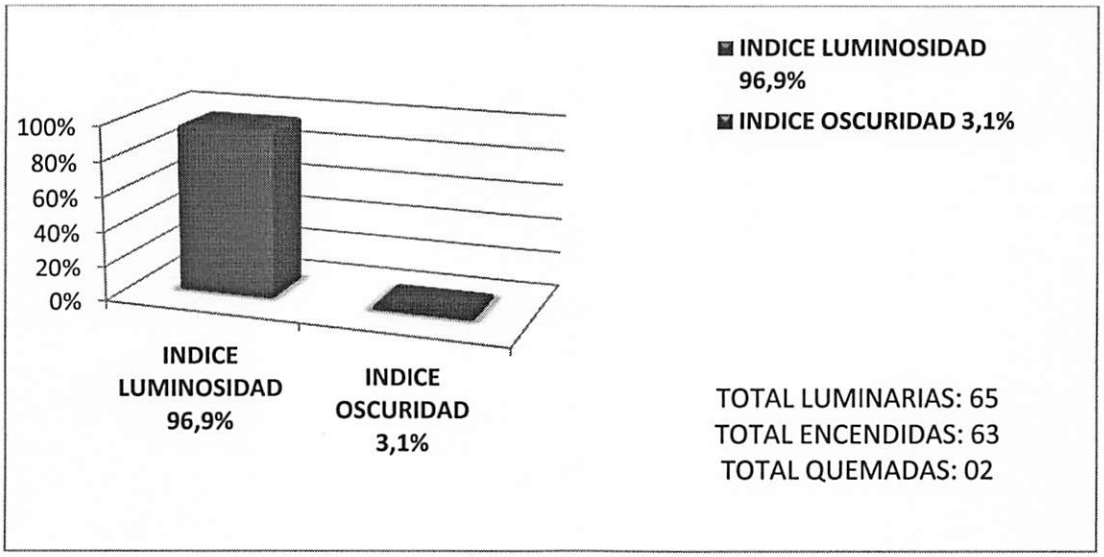
**TOTAL LUMINARIAS: 711**
TOTAL ENCENDIDAS: 678
TOTAL QUEMADAS: 33



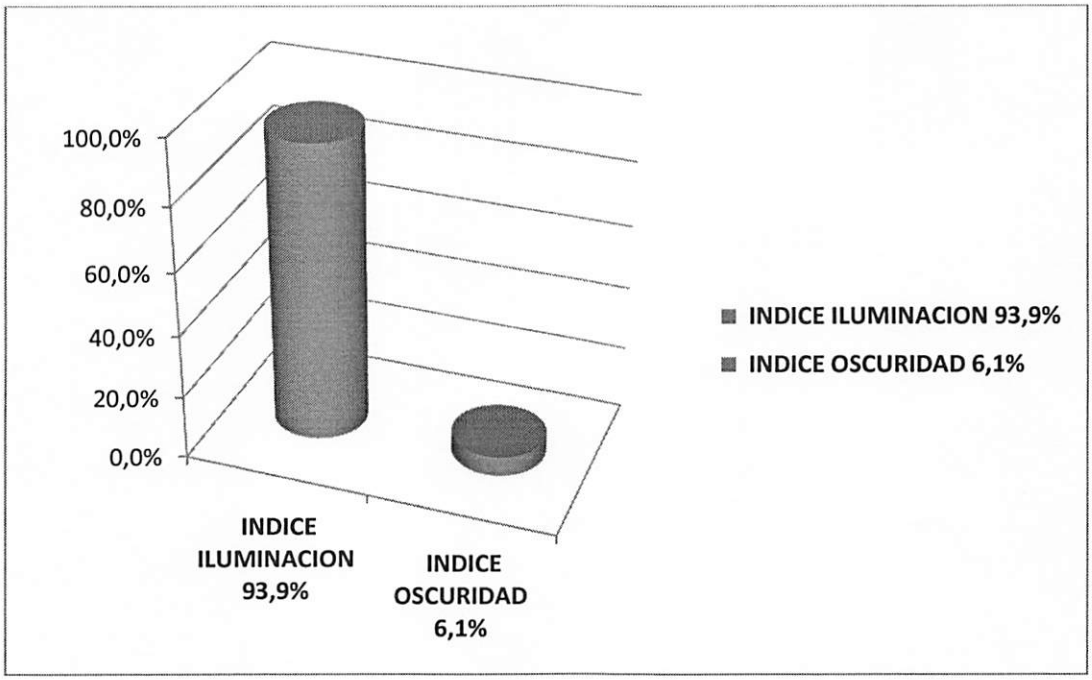
## 3. UNIDAD INTEGRAL



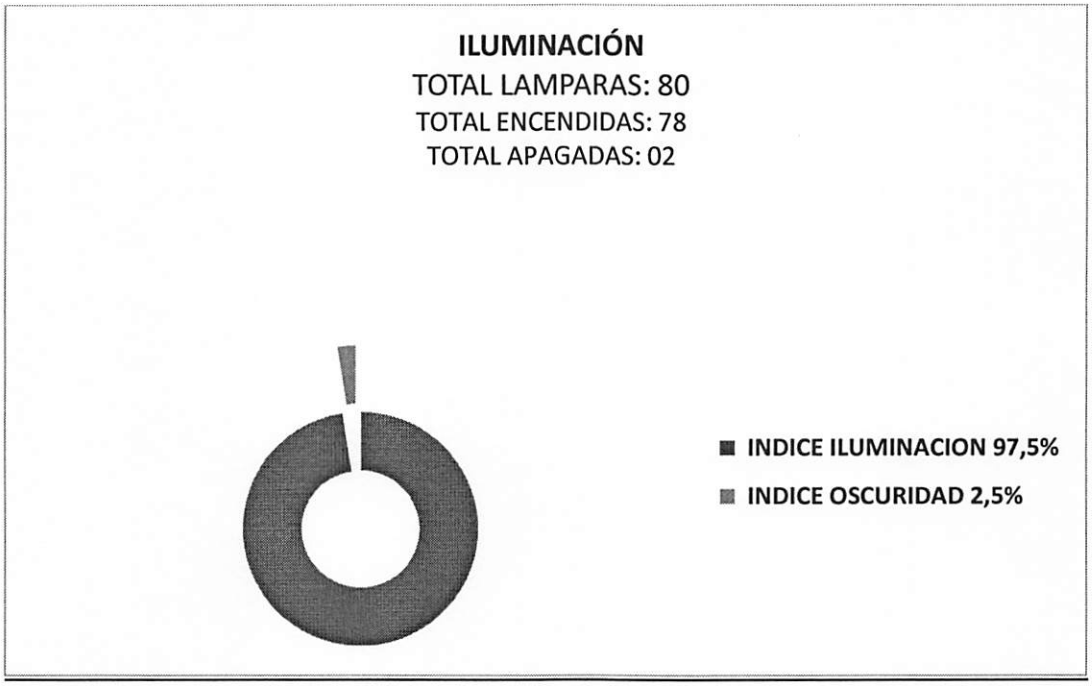

## 4. EDIFICIO MULTIPLES OESTE



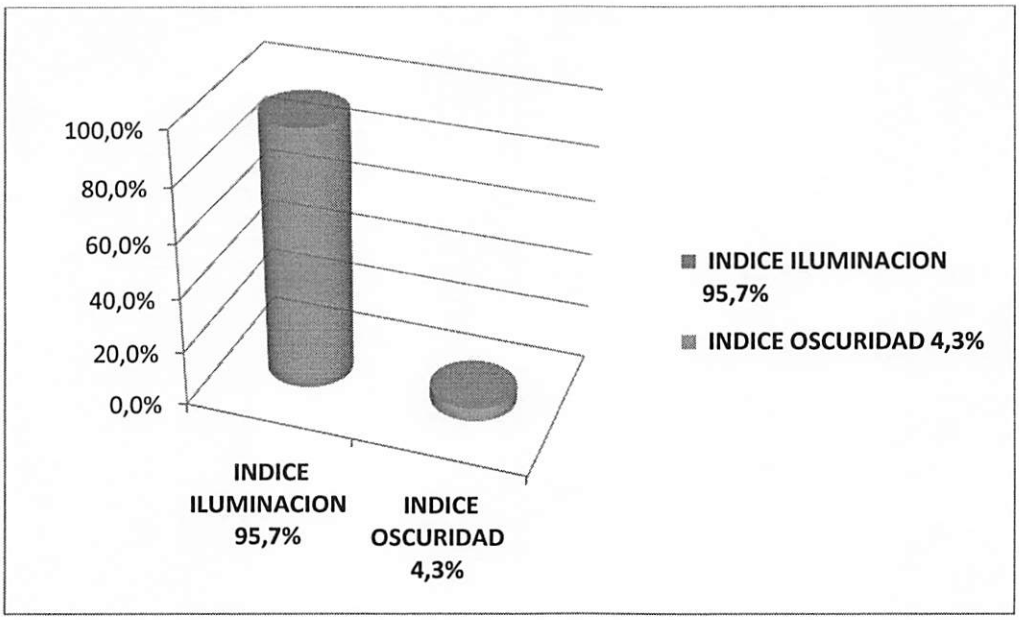
**TOTAL INTERIOR**




**II. EXTERIORES**



## III. TOTAL GENERAL




# MUESTRA FOTOGRÁFICA

**NOTA:** PENDIENTE PORQUE EN MANTENIMIENTO NO HAY INTERNET.

# 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 | 4 | 1 | 0,5 | 492,50 | 229,6 | 15GLS | 75% | 1276 | 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.**

PROTOCOLO DIESEL OIL CAPACIDAD ALMACENAMIENTO/EXISTENCIA DE CONTENIDO

| I. | CONTINENTE | CONTENIDO | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | CAPACIDAD MT3= GLS | EXISTENCIA -- GLS -- | FECHA | RECIBIDOS |
| 1 | TANQUE PRINCIPAL | V=5.65MT3 **1491.6 GLS** | 918GLS | 05/11/2022 | |
| 2 | TANQUE DIARIO PLANTA VOLVO-PENTA | V= 0.42 MT3 **110.88 GLS** | 110,88 | 05/11/2022 | |
| 3 | TANQUE DIARIO PLANTA CATERPILAR | V= 1.1 MT3 **290GLS** | | 05/11/2022 | |
| 4 | TANQUE DIARIO SPARTECH DEREE (COPRESIDA). | **187GLS** | | 05/11/2022 | |
| II. | OBSERVACIONES | EL GAS OIL ALMACENAMIENTO EN TANQUE DIARIO DE PLANTA SPARTECH DEBE ANALIZARSE ANTES DE USO. | | | |
| | | | | | |

*
*
*
*

Rafael / Ramon / Nicolas

*

| ORDEN DE SERVICIO<br><br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br><br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Area de yeso | HORA | | FECHA | 6/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Instalación 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 ☐ SERVICIO EXTERNO ☐

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO No. Doc. 5 N

Rafael / Ramon / Nicolas

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | | | | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|---|---|---|
| DEPARTAMENTO | | HORA | | FECHA | 15/9/2022 |

| DESCRIPCION DEL PROBLEMA: consulta anestesia antigua neonatal Fontalacion A/A | EQUIPO/AREA<br>SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:<br><br>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: Dr Estrella. |

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

Rafael / Ramon / Nicolas

# ORDEN DE SERVICIO

No.

SERVICIO NACIONAL DE SALUD

HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DEPARTAMENTO | Emergencia | HORA | | FECHA | 26/9/22 |

DESCRIPCION DEL PROBLEMA

Instalacion 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 ☐ SERVICIO EXTERNO ☐

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Rafael Ramon

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | | | | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|---|---|---|
| DEPARTAMENTO | Ofic. Cirugia | HORA | | FECHA | 23/9/2022 |

| DESCRIPCION DEL PROBLEMA: | EQUIPO/AREA |
|---|---|
| Instalación de A/A | 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 MTTO. |
| | | | | | | | | NOMBRE: |
| | | | | | | | | FIRMA: |

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

Rafael / Ramon / Nicolas

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Acceso A/C la | HORA | | FECHA | 6/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA: informar

Instalación 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 ☐ SERVICIO EXTERNO ☐

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Rafael / Ramon /

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | UCIP | HORA | | FECHA | 22/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Instalación de Abanico

**EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

SERVICIO INTERNO ☐ SERVICIO EXTERNO ☐

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**RECEPCION DEL TRA**

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE: Adelaida Soto

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Rafael / Ramón / Nicolas

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Cuarto frio de Medicamentos | HORA | | FECHA | 21/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Chequear A/A

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

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

FECHA:

HORA:

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE: Darlin Abreu

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Rafael / Ramon / Nicolas

# ORDEN DE SERVICIO

No.

SERVICIO NACIONAL DE SALUD

HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD

| DEPARTAMENTO | Triage Emergencia | HORA | | FECHA | 16/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Chequear A/A (Mantenimiento)

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO ☐ SERVICIO EXTERNO ☐

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO Sto. Dgo.D.N.

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Rafael / Ramon / nicolas

*

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Neumologia | HORA | | FECHA | 14/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA: consulta

3 aire reparacion
+ reposicion de refrigerante

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

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

FECHA

HORA

ENGARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

8 Libra de Refrigerante R410
3 Libra de ,,,,,,,, R22

RAFAEL / NICOLÁS / RAMON

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | AREA IMAGENES | HORA | 10:06 | FECHA | 12/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Tandiley (TIME DELAY)

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR: NICOLÁS

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO ☑ SERVICIO EXTERNO ☐

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

| MANO DE OBRA | | | | | | | | RECEPCION DEL TRA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX | FECHA |
| | | | | | | | | HORA |
| | | | | | | | | ENCARGADO MTTO. |
| | | | | | | | | NOMBRE: Manuel Ramón |
| | | | | | | | | FIRMA: |

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

contactor 24v a 220v

Ramon / Rafael / Nidas

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Costura | HORA | | FECHA | 12/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Limpieza 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 ☐ SERVICIO EXTERNO ☐

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**RECEPCION DEL TRA**

FECHA: 12-9-22

HORA: 10 PM

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Ramón Rafael / Nicolas

| ORDEN DE SERVICIO<br><br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br><br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Psicología | HORA | | FECHA | 12-9-2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Mantenimiento A/A

Sicología

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

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE: Rosa M. Figueroa Luna

FIRMA:

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO Sto. Dgo.

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Rafael / Ramon / Nicolas

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Emergencia | HORA | | FECHA | 27/9/22 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Mantenimiento Preventivo / Reposición Refrigerante

**EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

Lic de Mendoza

SERVICIO INTERNO ☐ SERVICIO EXTERNO ☐

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

5 libros R-410A.

Rafael / Ramón / Nicolas

| ORDEN DE SERVICIO<br><br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br><br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Almacen Material Gastable | HORA | | FECHA | 27/9/22 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

5 Galones de Gas Refrigerante 410A

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO ☐ SERVICIO EXTERNO ☐

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO MANTENIMIENTO Sto Dgo

| MANO DE OBRA | | | | | | | | RECEPCION DEL TRA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX | FECHA | |
| | | | | | | | | HORA | |
| | | | | | | | | ENCARGADO MTTO. | |
| | | | | | | | | NOMBRE: | |
| | | | | | | | | FIRMA: | 27/09/22 |

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Rafael / Ramon / Nicolas

| ORDEN DE SERVICIO<br><br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br><br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DEPARTAMENTO | Farmacia Emergencia | HORA | | FECHA | 27/9/22 |

| DESCRIPCION DEL PROBLEMA: | EQUIPO/AREA |
|---|---|
| Reparación de Alambre de A/A | 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 MTTO. |
| | | | | | | | | NOMBRE: |
| | | | | | | | | FIRMA: |

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO Sto. Dg.

Rafael / Ramon / Nicolas

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | | | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|---|---|
| DEPARTAMENTO | Estadistica | HORA | | FECHA 27/9/22 |

| DESCRIPCION DEL PROBLEMA: | EQUIPO/AREA |
|---|---|
| Reparación de Escaparate | SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO: |
| | SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE: |
| SOLICITADO POR: | FIRMA CONFORME: |
| SERVICIO INTERNO ☐ SERVICIO EXTERNO ☐ | |

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA Sto. Dgo. D. N

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO Sto. Dg

| 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

10 libros de R-22

Augusto

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Cocina | HORA | | FECHA | 8/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Reparación de fregadero

MATERIALES: ACCESORIOS VARIOS ARTELES

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 | |
| | | | | | | | | HORA | |
| | | | | | | | | ENCARGADO MTTO. | |
| | | | | | | | | NOMBRE: | |
| | | | | | | | | FIRMA: | |

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Augusto

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Emergencia (Nueva) | HORA | | FECHA | 5/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Chequear botando Agua (Reparar)

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR: Ich/ De la 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 MTTO. | |
| | | | | | | | | NOMBRE: Darli Abreu | |
| | | | | | | | | FIRMA: | |

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Augusto

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Sala 309 | HORA | | FECHA | 2/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Chequear baño esta tapado

**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 | |
| | | | | | | | | HORA | |
| | | | | | | | | ENCARGADO MTTO. | |
| | | | | | | | | NOMBRE: Darlin Abreu | |
| | | | | | | | | FIRMA: | |

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Augusto

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Rayos X | HORA | | FECHA | 1/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

| DESCRIPCION DEL PROBLEMA: | EQUIPO/AREA |
|---|---|
| Cambio de valvula de Entrada | 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 MTTO. | |
| | | | | | | | | NOMBRE: | |
| | | | | | | | | FIRMA: | |

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Augusto

| ORDEN DE SERVICIO<br><br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br><br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Dirección Genetica | HORA | | FECHA | 23/8/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

| DESCRIPCION DEL PROBLEMA: | EQUIPO/AREA |
|---|---|
| Revisar Inodoro | 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 MTTO. | |
| | | | | | | | | NOMBRE: | |
| | | | | | | | | FIRMA: | |

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Augusto.

| ORDEN DE SERVICIO<br><br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br><br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Oncología Sala | HORA | | FECHA | 1/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

| DESCRIPCION DEL PROBLEMA | EQUIPO/AREA |
|---|---|
| Chequear Baño Valansing | SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:<br><br>SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE: |
| SOLICITADO POR: Leda/ Ramirez | 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

SERVICIO
ORDEN DE

Augusto

| ORDEN DE SERVICIO<br><br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br><br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Rayos X | HORA | | FECHA | 2/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

| DESCRIPCION DEL PROBLEMA: | EQUIPO/AREA |
|---|---|
| ~~Lavar~~ fregadero tapado | SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:<br><br>SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE: |
| SOLICITADO POR: | FIRMA CONFORME: |
| SERVICIO INTERNO ☐ SERVICIO EXTERNO ☐ | Lourdes Carrasco |

| MANO DE OBRA | | | | | | | | RECEPCION DEL TRA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX | FECHA | |
| | | | | | | | | HORA | |
| | | | | | | | | ENCARGADO MTTO. | |
| | | | | | | | | NOMBRE: Darlin Abreu | |
| | | | | | | | | FIRMA: | |

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Augusto

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Sala Gastro | HORA | | FECHA | 30/8/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA: baño Medico y Enfermeras

Reparar Lavamanos (llave Roto)

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR: Jeda / Castillo

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO ☐ SERVICIO EXTERNO ☐

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE: Darlin Acu

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

AUGUSTO

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | QUEMADO | HORA | 08:48 | FECHA | 7 IX 22 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

REPONER V/V A PELETA.

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR: AUGUSTO

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO ☑ SERVICIO EXTERNO ☐

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE: ana

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Enseñanza | HORA | | FECHA | 14/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Gabeta Atrabancada

**EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

Depto. Enseñanza

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME: Lindy Martinez

SERVICIO INTERNO ☐ SERVICIO EXTERNO ☐

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**RECEPCION DEL TRA**

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Augusto

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Azotea 5to piso | HORA | 08:50 | FECHA | 15/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Cambio de cheakers

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR: Zeli

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO ☑ SERVICIO EXTERNO ☐

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

| FECHA | |
|---|---|
| HORA | |

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

1 cheakers Horizontal 3/4
2 Adaptadores Machos 3/4
2 Coupling 3/4

Augusto

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Lavandería | HORA | 09:34 | FECHA | 26/9/22 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Instalación de Agua a Lavadoras

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR: DARLIN

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: Darlin Abreu | |
| | | | | | | | | FIRMA: | |

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

NECESITA

TUBERIA / VALVULA / ACCESORIOS

26 IX 21

Augusto

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Facturación | HORA | | FECHA | 13/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

| DESCRIPCION DEL PROBLEMA: | EQUIPO/AREA |
|---|---|
| Cambio de Inodoro | 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 MTTO. | |
| | | | | | | | | NOMBRE: Darlin Abreu | |
| | | | | | | | | FIRMA: | |

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

30 euros

Contrato un

idioma por

otro

13-9-2022

en Fuencarral

Augusto

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Urgencia | HORA | | FECHA | 26/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

| DESCRIPCION DEL PROBLEMA: | 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 MTTO. | |
| | | | | | | | | NOMBRE: Darla Arce | |
| | | | | | | | | FIRMA: | |

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Augusto

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Patio | HORA | 09:10 | FECHA | 23/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Reparación de llave de chorro

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO ☐ SERVICIO EXTERNO ☐

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO Sto. Dgo. D.N.

| MANO DE OBRA | | | | | | | | RECEPCION DEL TRA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX | FECHA |
| | | | | | | | | HORA |
| | | | | | | | | ENCARGADO MTTO. |
| | | | | | | | | NOMBRE: Darlin Abreu |
| | | | | | | | | FIRMA: |

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Augusto

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Laboratorio | HORA | | FECHA | 23/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Chequear baño tapado.

**EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO ☐ SERVICIO EXTERNO ☐

Firma

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**RECEPCION DEL TRA.**

FECHA 23/9/22

HORA 10:40 AM

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE: Darli Abreu

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Augusto

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Cocina Rayos X | HORA | 09:15 | FECHA | 22/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Retiro de Materiales para desague

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR: Augusto

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO ☑ SERVICIO EXTERNO ☐

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO MANTENIMIENTO

Augusto

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | 5to piso | HORA | 10:40 | FECHA | 21/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Cambio de perita

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR: Augusto

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO ☐ SERVICIO EXTERNO ☐

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

Augusto

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Azotea | HORA | 09:15 | FECHA | 21/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Cambio de breakers y valvula A TINACO

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

| SOLICITADO POR: | LEA | FIRMA CONFORME: |
|---|---|---|
| SERVICIO INTERNO ☐ | SERVICIO EXTERNO ☐ | |

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

FECHA:

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE: Darlin Abreu

FIRMA:

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO Sto. Dgo. R.D.

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Augusto

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Sala 308 | HORA | | FECHA | 20/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Chequear ~~el~~ baño esta tapado

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO ☐ SERVICIO EXTERNO ☐

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Augusto

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Rayos X | HORA | | FECHA | 16/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Chequear baño esta desbordado.

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR: Chuitza

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO ☐ SERVICIO EXTERNO ☐

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

FECHA:

HORA:

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Augusto

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | 5to piso | HORA | | FECHA | 16/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Inodoro tapado

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR: Lcda/ Peña

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO ☐ SERVICIO EXTERNO ☐

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO Sto. Dgo. R.D.

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Agosto

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | | HORA | | FECHA | 20-9-22 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

En la Habitación de enfermeras hay un mal olor muy fuerte.
Quirófano.

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR: Lic. Jimenez

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO ☐ SERVICIO EXTERNO ☐

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Augusto

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Cocina | HORA | | FECHA | 12/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Cambio de desague

— ACCESORIOS —

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 | |
| | | | | | | | | HORA | |
| | | | | | | | | ENCARGADO MTTO. | |
| | | | | | | | | NOMBRE: Dorlin Adrian | |
| | | | | | | | | FIRMA: | |

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO MANTENIMIENTO Sto. Dgo., D.N.

Loa

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Trabajo Social | HORA | | FECHA | 8/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

colocar Manguera de Lavamanos

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 | |
| | | | | | | | | HORA | |
| | | | | | | | | ENCARGADO MTTO. | |
| | | | | | | | | NOMBRE: | |
| | | | | | | | | FIRMA: | |

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

SERVICIO REGIONAL DE SALUD
ÁREA PEDIATRICOR
DIVISION DE TRABAJO

Augusto

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Contabilidad | HORA | | FECHA | 8/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

| DESCRIPCION DEL PROBLEMA: | EQUIPO/AREA |
|---|---|
| Chequear Lavamano esta Averiado | SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO: |
| | SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE: |
| SOLICITADO POR: | FIRMA CONFORME: |
| SERVICIO INTERNO ☐ SERVICIO EXTERNO ☐ | Xiomara Ramos 12/9/22 |

| 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

Sto Dgo.
DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD
SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL

Ofelia

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Quemados | HORA | | FECHA | 2/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

| DESCRIPCION DEL PROBLEMA: | EQUIPO/AREA |
|---|---|
| colocar brazo hidraulico | 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 MTTO. | |
| | | | | | | | | NOMBRE: | |
| | | | | | | | | FIRMA: | |

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

Oficio

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Salón Hugo Mendoza | HORA | | FECHA | 8/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

colocar plafon

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO ☐ SERVICIO EXTERNO ☐

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

| MANO DE OBRA | | | | | | | | RECEPCION DEL TRA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX | FECHA | |
| | | | | | | | | HORA | |
| | | | | | | | | ENCARGADO MTTO. | |
| | | | | | | | | NOMBRE: Darlin Abreu | |
| | | | | | | | | FIRMA: | |

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Ofelio

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Salón Mirando | HORA | | FECHA | 6/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

| DESCRIPCION DEL PROBLEMA: | EQUIPO/AREA |
|---|---|
| Reparar Puerta | 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 MTTO. |
| | | | | | | | | NOMBRE: Darlin Arm |
| | | | | | | | | FIRMA: |

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

Oficio

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Oncologia 2do nivel | HORA | | FECHA | 12/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Cambio de Dispensador

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR: Lic. Rivera

FIRMA CONFORME: Licda Rivera

SERVICIO INTERNO ☐ SERVICIO EXTERNO ☐

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Ofelio

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Quirofano | HORA | | FECHA | 13/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Revisar Puerta se esta Cayendo.

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

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Ofelio

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Capilla | HORA | 09:50 | FECHA | 23/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Cardado

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR: "FELA"

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO ☑ SERVICIO EXTERNO ☐

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO MANTENIMIENTO

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

FECHA:

HORA:

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Opelio

| ORDEN DE SERVICIO<br><br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br><br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Emergencia | HORA | | FECHA | 22/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

| DESCRIPCION DEL PROBLEMA: | EQUIPO/AREA |
|---|---|
| Tijar Pizarra | SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO: |
| | SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE: |
| SOLICITADO POR: Dal Corona | 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

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

Felio

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | 5to piso | HORA | | FECHA | 21/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Movir para puerta baño

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR: Leda Peña

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO ☐ SERVICIO EXTERNO ☐

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

FECHA:

HORA:

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

১.৫৬
১.৩৪
১.৩৫

Optico

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | | HORA | | FECHA | 21/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

| DESCRIPCION DEL PROBLEMA: | EQUIPO/AREA |
|---|---|
| Abrir Candado | SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO: |
| | SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE: |
| SOLICITADO POR: Lcda/ Chaco | 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

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

| ORDEN DE SERVICIO<br><br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br><br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | | | | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|---|---|---|
| DEPARTAMENTO | Quirofano | HORA | | FECHA | 12/9/2022 |

| DESCRIPCION DEL PROBLEMA: | EQUIPO/AREA |
|---|---|
| Instalar Llavin para Vitrina | 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 MTTO. | |
| | | | | | | | | NOMBRE: | |
| | | | | | | | | FIRMA: | |

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Ofelio

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Rayos X | HORA | | FECHA | 14/9/22 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Instalación de ventana completa.

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR: Chantza

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO ☐ SERVICIO EXTERNO ☐

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Ofelio

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Habitación Internos | HORA | | FECHA | 21/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA: de la UADS (2 nivel)

Cambio de Llavin

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

| SOLICITADO POR: | Gloria Cabrera (849)/587-3014 | FIRMA CONFORME: Gloria Cabrera |
|---|---|---|
| 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

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

Ofelio

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Quemado | HORA | | FECHA | 20/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA: Estar de Madre

Cambio de puerta esta rota.

Llavin (1)

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR: Lcda/ Area.

FIRMA CONFORME:

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

SERVICIO INTERNO ☐ SERVICIO EXTERNO ☐

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Optico

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Quemados | HORA | | FECHA | 14/9/22 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Reparacion de puerta

**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

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

Oficio

| ORDEN DE SERVICIO<br><br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br><br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | | HORA | | FECHA | 16/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

| DESCRIPCION DEL PROBLEMA: Compra<br>Cambio de llavin | EQUIPO/AREA<br>SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:<br><br>SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE: |
|---|---|
| SOLICITADO POR: | FIRMA CONFORME: |
| SERVICIO INTERNO ☐ SERVICIO EXTERNO ☐ | 15/9/22 |

| 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

SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO CONTABILIDAD

Ofelia

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | UCIP. | HORA | | FECHA | 8/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Instalar Dispensadores manitas limpias

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR: Sofia/ Puello.

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO ☐ SERVICIO EXTERNO ☐

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO MANTENIMIENTO

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

| FECHA | |
|---|---|
| HORA | |

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Opelio

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Area de yeso | HORA | | FECHA | 8/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

colocar plafon o Madera para tapar hueco

**EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO ☐ SERVICIO EXTERNO ☐

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO MANTENIMIENTO

| MANO DE OBRA | | | | | | | | RECEPCION DEL TRA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX | FECHA | |
| | | | | | | | | HORA | |
| | | | | | | | | ENCARGADO MTTO. | |
| | | | | | | | | NOMBRE: Dorki Acevedo | |
| | | | | | | | | FIRMA: | |

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Opelio

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Nutrición Especial | HORA | | FECHA | 31/8/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Chequear Puerta el Llavin 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 TRA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX | FECHA | |
| | | | | | | | | HORA | |
| | | | | | | | | ENCARGADO MTTO. | |
| | | | | | | | | NOMBRE: Darlin Alva | |
| | | | | | | | | FIRMA: | |

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Adison

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | | HORA | | FECHA | |
|---|---|---|---|---|---|

| DESCRIPCION DEL PROBLEMA: | EQUIPO/AREA |
|---|---|
| Pintar areas Del Hovi oficinas | 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 MTTO. |
| | | | | | | | | NOMBRE: Darla Asse |
| | | | | | | | | FIRMA: |

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Media Cabeta De Marfil

Adisón

| ORDEN DE SERVICIO<br><br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br><br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Trabajo Social | HORA | | FECHA | 8/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Pintar de blanco

**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 | |
| | | | | | | | | HORA | |
| | | | | | | | | ENCARGADO MTTO. | |
| | | | | | | | | NOMBRE: | |
| | | | | | | | | FIRMA: | |

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Charly.

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Sala 309 | HORA | | FECHA | 22/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Reparar Cuna estan fuera de Servicios

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR: Seda/ Castillo

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO ☐ SERVICIO EXTERNO ☐

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

| FECHA | |
|---|---|
| HORA | |

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Chady

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | IDAN | HORA | | FECHA | 27/9/22 |
|---|---|---|---|---|---|

| DESCRIPCION DEL PROBLEMA: | EQUIPO/AREA |
|---|---|
| colocar clavos en pared | SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO: |
| | SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE: |
| SOLICITADO POR: | FIRMA CONFORME: |
| SERVICIO INTERNO ☐ SERVICIO EXTERNO ☐ | Dra. Dolores [illegible] |

| MANO DE OBRA | | | | | | | | RECEPCION DEL TRA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX | FECHA | 27/9/2022 |
| | | | | | | | | HORA | |
| | | | | | | | | ENCARGADO MTTO. | |
| | | | | | | | | NOMBRE: | |
| | | | | | | | | FIRMA: | |

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

INSTITUTO DOMINICANO DE NUTRICION

Peralta / Wilman

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Patio | HORA | | FECHA | 27/9/22 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Tapa de registro
1 rollo de alambre dulce

**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

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**RECEPCION DEL TRA**

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE: Darlin Abreu

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Cherly

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | COVID | HORA | | FECHA | 22/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

| DESCRIPCION DEL PROBLEMA: | EQUIPO/AREA |
|---|---|
| Manubrio de puerta y Escritorio | SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO: |
| | SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE: |
| SOLICITADO POR: | FIRMA CONFORME: |
| SERVICIO INTERNO ☐ SERVICIO EXTERNO ☐ | Ana Maria 309 |

| 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

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Farmacia Emergencia | HORA | | FECHA | 20/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

| DESCRIPCION DEL PROBLEMA: | EQUIPO/AREA |
|---|---|
| Reparación de una silla | SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO: |
| | SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE: |
| SOLICITADO POR: | FIRMA CONFORME: |
| SERVICIO INTERNO ☐ SERVICIO EXTERNO ☐ | Lucia Abs |

| 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

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Farmacia de Emerg | HORA | 7:40AM | FECHA | 20/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

traslado de Vitrina de Farmacia de Emergencia

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR: SUX Lovely Sosa

FIRMA CONFORME: Marcelo Sosa

SERVICIO INTERNO ☐ SERVICIO EXTERNO ☐

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

| FECHA | |
|---|---|
| HORA | |

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Charly

# ORDEN DE SERVICIO

No.

SERVICIO NACIONAL DE SALUD

HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DEPARTAMENTO | mantenimiento | HORA | | FECHA | 15-9-22 |

DESCRIPCION DEL PROBLEMA: INTALACION de TRAMO en AMINITRACION

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME: Ana M. Ventura Rosario

SERVICIO INTERNO ☐ SERVICIO EXTERNO ☐

SERVICIO REGIONAL DE SALUD HOSPITAL PEDIATRICO DR. ROBERT REID CABRAL DPTO. ADMINISTRATIVO

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Charly

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | MAnTenimiento | HORA | | FECHA | 14-9-22 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA: INTALACION de TRAMO en CONTABILIDAD

**EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME: Victor Tejada

SERVICIO INTERNO ☐ SERVICIO EXTERNO ☐

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**RECEPCION DEL TRA**

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE: Victor Tejada

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD SDO. D.N.

Charly

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Neumo | HORA | | FECHA | 12/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

| DESCRIPCION DEL PROBLEMA: | EQUIPO/AREA |
|---|---|
| Reparación de balanza de peso | 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 MTTO. | |
| | | | | | | | | NOMBRE: | |
| | | | | | | | | FIRMA: | |

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Charly

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Quemado | HORA | | FECHA | 6/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

| DESCRIPCION DEL PROBLEMA: | EQUIPO/AREA |
|---|---|
| Reparar Gabeta con Ciera | SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO: |
| | SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE: |
| SOLICITADO POR: Leda / Areas. | 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: Darlin Abreu | |
| | | | | | | | | FIRMA: | |

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Charly

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Gasto | HORA | | FECHA | 8/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

| DESCRIPCION DEL PROBLEMA: | EQUIPO/AREA |
|---|---|
| Carrito de Pano | 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 MTTO. | |
| | | | | | | | | NOMBRE: | |
| | | | | | | | | FIRMA: | |

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Charly

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Laboratorio | HORA | 11:31 | FECHA | 6/9/22 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

6 Reparación de sillas
Cantida

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR: Laboratorio Clinico

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO ☐ SERVICIO EXTERNO ☐

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Charly

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>Fortunato Laboratorio<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Archivo | HORA | | FECHA | 1/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

| DESCRIPCION DEL PROBLEMA: | EQUIPO/AREA |
|---|---|
| Reparación de silla | 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 MTTO. | |
| | | | | | | | | NOMBRE: | |
| | | | | | | | | FIRMA: | |

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Yoni / Gregorio

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Comedor Residentes | HORA | | FECHA | 27/9/22 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Iluminación / Abanico

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO ☐ SERVICIO EXTERNO ☐

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO MANTENIMIENTO

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE: Darlin Abreu

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

(1) Cambio de (4) tubos LED –

(2) Reparación de Abanico de Techo. –

Yoni / Gregorio

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Ordenes | HORA | | FECHA | 26/9/22 |
|---|---|---|---|---|---|

| DESCRIPCION DEL PROBLEMA | EQUIPO/AREA |
|---|---|
| Iluminación | 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 MTTO. | |
| | | | | | | | | NOMBRE: | |
| | | | | | | | | FIRMA: | |

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD SNS HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

① Cambio de (8) tubos LED.

② " " (13) tubos de 32 Watts (usado).

Estor de macho

2do NIVEL

Yoni / Gregorio

# ORDEN DE SERVICIO

No.

SERVICIO NACIONAL DE SALUD

HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DEPARTAMENTO | Nutrición Especial | HORA | | FECHA | 23/9/2022 |

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Iluminación

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR: Mirian

FIRMA CONFORME: Ferrus

SERVICIO INTERNO ☐ SERVICIO EXTERNO ☐

SERVICIO NACIONAL DE SALUD SNS HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

| | |
|---|---|
| FECHA | |
| HORA | |
| ENCARGADO MTTO. | |
| NOMBRE: | |
| FIRMA: | Ferrus |

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

① Cambio de (2) tubos de 32 W (usado)

Yoni / Gregorio

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Nueva Emergencia | HORA | | FECHA | 9/8/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

| DESCRIPCION DEL PROBLEMA: | EQUIPO/AREA |
|---|---|
| Iluminación | SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO: |
| | SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE: |
| SOLICITADO POR: Dra | 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

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

(1) Colocación de (6) tubos LED

(2) " " (1) Bombillo mc. 110V. de 100W

Yoni / Gregorio

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Auditorio Medico (Baño) | HORA | | FECHA | 23/9/22 |
|---|---|---|---|---|---|

| DESCRIPCION DEL PROBLEMA: | EQUIPO/AREA |
|---|---|
| Interruptor Simple | 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 MTTO. | |
| | | | | | | | | NOMBRE: Darlin Asa | |
| | | | | | | | | FIRMA: | |

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL PEDIATRICO DR. ROBERT REID CABRAL
DIVISION DE AUDITORIA MEDICA
COORDINADOR

(1) Cambio de (1) Interruptor simple c/ tapa.—

Yoni / Gregorio

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DEPARTAMENTO | ~~Tomo~~ Area de yeso | HORA | | FECHA | 6/9/2022 |

| | |
|---|---|
| DESCRIPCION DEL PROBLEMA:<br>Se necesita tomacorientes y una Roseta más un bombillo. | EQUIPO/AREA<br>SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:<br>SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE: |
| SOLICITADO POR: Carlos Ramirez | 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: Darlin Abre | |
| | | | | | | | | FIRMA: | |

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO SDO. DOM.

16- Pies de alambre # 12
1- Rocate
1- bombillo
1- TC
1- Casa 2x4
8- Pies canaleta de 1'
2- Tarugo
2- Tornillo

Yoni / Gregorio

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Quirofano | HORA | | FECHA | 20/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA: Sala de Espera

Iluminación
Tomacorriente (1)

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 |
| | | | | | | | | HORA |
| | | | | | | | | ENCARGADO MTTO. |
| | | | | | | | | NOMBRE: |
| | | | | | | | | FIRMA |

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

(1) Cambio de (1) tomac. 110 V C/ tapa

(2) " " (13) tubo LED.-

6- Tubo Led 18 W

Yoni / Gregorio

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Sala 201 | HORA | | FECHA | 20/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Iluminación

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO ☐ SERVICIO EXTERNO ☐

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

(1) Colocación de (6) tubos LED -

Yoni / Gregorio

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | | | | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|---|---|---|
| DEPARTAMENTO | Lavandería | HORA | | FECHA | 20/9/22 |

| DESCRIPCION DEL PROBLEMA: | EQUIPO/AREA |
|---|---|
| Iluminación | 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 MTTO. | |
| | | | | | | | | NOMBRE: | |
| | | | | | | | | FIRMA: | |

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

(1) cambio de 13) tubo LED

Yoni / Gregorio

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Almacen Material Gradable | HORA | | FECHA | 20/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

| DESCRIPCION DEL PROBLEMA: | EQUIPO/AREA |
|---|---|
| Iluminación | 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 MTTO. |
| | | | | | | | | NOMBRE: |
| | | | | | | | | FIRMA: |

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

6-Tubo LED 18 W

Yoni / Gregorio

| ORDEN DE SERVICIO | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|
| No. | DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | |

| DEPARTAMENTO | Uda | HORA | | FECHA | 15/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Chequear Tomacorrientes no tiene Electricidad.

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR: Starlyn

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO ☐ SERVICIO EXTERNO ☐

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Dos Tomacorrientes (para retirar En Almacen)

6 - Difusores

(1) Cambio de (2) tubos LED

(2) " " (2) Tc 110V c/tapa

(3) " " (5) Difusores

Yoni / Gregorio

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Oncologia 2do piso | HORA | | FECHA | 14/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

| DESCRIPCION DEL PROBLEMA: | EQUIPO/AREA |
|---|---|
| Iluminación | SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO: |
| | SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE: |
| SOLICITADO POR: Licda / Rivera | 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

SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

6-Tubos Lad 15W
2- " " 17W
6- " Fluorescente 17W

Yoni / Gregorio

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DEPARTAMENTO | Pasillo 3ra | HORA | | FECHA | 13/9/2022 |

| | |
|---|---|
| DESCRIPCION DEL PROBLEMA:<br>Iluminación | EQUIPO/AREA<br>SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:<br><br>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

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

(1) colocación de (8) tubo LED

Yoni / Gregorio

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Sala 332 | HORA | | FECHA | 13/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

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 ☐

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

FECHA:

HORA:

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

(1) Cambio de (14) tubos de 32 LED.—

Yoni / Gregorio

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | | | | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|---|---|---|
| DEPARTAMENTO | Almacen Medicamentos | HORA | | FECHA | 29/8/2022 |

| DESCRIPCION DEL PROBLEMA: | EQUIPO/AREA |
|---|---|
| Iluminacion | SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO: |
| | SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE: |
| SOLICITADO POR: Lucia Hdez | 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

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

Yomi / Gregorio

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | | | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|---|---|
| DEPARTAMENTO | Infectología | HORA | | FECHA 15/8/2022 |

| DESCRIPCION DEL PROBLEMA: Habitacion # 6<br>Iluminación | EQUIPO/AREA<br>SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:<br><br>SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE: |
|---|---|
| SOLICITADO POR: Leda / Gomez | 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

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO MANTENIMIENTO

(1) Colocación de (1) lamp. 2x2 LED → Sala #1 Observ.
(2) " " (1) " " " → " #2 Hosp.
(3) " " (1) " " LED → Sala #1 Hospita.

Yoni / Gregorio

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Focalera Ascensor | HORA | | FECHA | 12/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Bombilla

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO ☐ SERVICIO EXTERNO ☐

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

| 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

Yoni / Gregorio

# ORDEN DE SERVICIO

No.

SERVICIO NACIONAL DE SALUD

HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD

| DEPARTAMENTO | R-2 | HORA | | FECHA | 2/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Linea de Alimentacion de A/A.

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR: Dr. Krusmely Moya

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO ☐ SERVICIO EXTERNO ☐

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO MANTENIMIENTO Sto. Dgo. R.D.

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

(1) Colocación de (2) tubos LED –

(2) ~~Cover~~

Yoni / Gregorio

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Computo | HORA | | FECHA | |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Cambio de Tomacorriente para Inversor.

**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 | |
| | | | | | | | | HORA | |
| | | | | | | | | ENCARGADO MTTO. | |
| | | | | | | | | NOMBRE: | |
| | | | | | | | | FIRMA: | |

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

Yoni Gregorio

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Bomba #2 | HORA | | FECHA | 12/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

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 ☐

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

1- Tubo Lad

Yoni y Gregorio

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DEPARTAMENTO | Comedor | HORA | | FECHA | 12/9/2022 |

| | |
|---|---|
| DESCRIPCION DEL PROBLEMA:<br>Iluminación | EQUIPO/AREA<br>SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:<br><br>SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE: |
| SOLICITADO POR: | FIRMA CONFORME |
| SERVICIO INTERNO ☐ SERVICIO EXTERNO ☐ | |

| MANO DE OBRA | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| RECEPCION DEL TRA | |
|---|---|
| FECHA | |
| HORA | |
| ENCARGADO MTTO. | |
| NOMBRE: | |
| FIRMA: | |

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO Sto. Dgo. D.N.

6-Tubo Lad

Yoni / Gregorio

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DEPARTAMENTO | Cardiología 436 | HORA | | FECHA | 8/9/2022 |

| | |
|---|---|
| DESCRIPCION DEL PROBLEMA:<br>Iluminación | EQUIPO/AREA<br>SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:<br><br>SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE: |
| SOLICITADO POR: Leda / Hernandez | 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

SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO MANTENIMIENTO Lic. Dgo.

① Colocación de (8) tubos LED –

Yoni / Gregorio

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Sala 304 | HORA | | FECHA | 9/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Chequeo y Alimentación Electrico 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 ☐ SERVICIO EXTERNO ☐

SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO Sto. Dgo.

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Yomi / Gregorio

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DEPARTAMENTO | Facturación | HORA | | FECHA | 2/9/2022 |

DESCRIPCION DEL PROBLEMA: Consulta

Iluminación baño

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

| | | | |
|---|---|---|---|
| SOLICITADO POR: | | FIRMA CONFORME: | |
| SERVICIO INTERNO ☐ | SERVICIO EXTERNO ☐ | | |

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

| | |
|---|---|
| FECHA | |
| HORA | |

ENCARGADO MTTO.

| | |
|---|---|
| NOMBRE: | |
| FIRMA: | |

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

① Cambio de (1) Lám. LED 2X2 (24×24) —

Yoni / Gregorio

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | | | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|---|---|
| DEPARTAMENTO | Habitación Residente | HORA | | FECHA 29/8/2002 |
| DESCRIPCION DEL PROBLEMA: Cuartico de Desecho<br>Iluminación. | | | | EQUIPO/AREA<br>SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:<br>Pasillo<br>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

(1) Cambio de (1) tubo de ED

Gregorio / Yoni

# ORDEN DE SERVICIO

No.

SERVICIO NACIONAL DE SALUD

HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DEPARTAMENTO | Gases Medicinales | HORA | | FECHA | 25/8/2022 |

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Instalación de caja de breaker.

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO ☐ SERVICIO EXTERNO ☐

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO Sto. Dgo.

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

(11) Colocación de (1) caja de Breaker

(12) " " (1) Breaker Doble de 40 Amp.

Yoni / Gregorio

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Salón Miranda | HORA | | FECHA | 5/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

| DESCRIPCION DEL PROBLEMA: | EQUIPO/AREA |
|---|---|
| Iluminación baño salón Miranda | 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 MTTO. | |
| | | | | | | | | NOMBRE: | |
| | | | | | | | | FIRMA: | |

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

① Combio de (1) tubo LED –
② " " (1) " " de 17 Watts –

Yoni

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Quirofano y Vestidores | HORA | | FECHA | 9/5/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

colocar luminarias
faltan 25

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR: Oscariana Antigua

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO ☐ SERVICIO EXTERNO ☐

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

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

Gregorio

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Auditoria M | HORA | | FECHA | 22/9/22 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Regleta

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR: Dra/ Contreras

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO ☐ SERVICIO EXTERNO ☐

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE: Deiler Abreu

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Gnelbozio

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Emergencia | HORA | | FECHA | 22/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

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 ☐

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

12- Tubo Led 18W
10- tubo Fluorascente 17 W

Gregorio

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>Patología<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | | | | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|---|---|---|
| DEPARTAMENTO | | HORA | | FECHA | 21/9/2022 |

| DESCRIPCION DEL PROBLEMA: | EQUIPO/AREA |
|---|---|
| Interruptor sencillo y Iluminación | 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 MTTO. | |
| | | | | | | | | NOMBRE: Deglin Abreu | |
| | | | | | | | | FIRMA: | |

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL

Gregorio

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Copresida | HORA | 11:06 | FECHA | 7/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Interruptor sencillo

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR: GREGORIO

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO ☑ SERVICIO EXTERNO ☐

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

| 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

Yoni / Gregorio

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Psicología 2da | HORA | | FECHA | 26/9/22 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Iluminación en el baño y consultorio #26

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR: Inocencia

FIRMA CONFORME: Inocencia Osiris

SERVICIO INTERNO ☐ SERVICIO EXTERNO ☐

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE: Darlin Abreu

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

(1) Cambio de (4) tubos LED. Cons. #26

(2) " " (2) tubos " Baño

(3) " " (1) Interruptor Sencillo (Baño) —

Gregorio

| ORDEN DE SERVICIO<br>No. | SERVICIO NACIONAL DE SALUD<br>HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL<br>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO | SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD |
|---|---|---|

| DEPARTAMENTO | Oncologia | HORA | 08:48 | FECHA | 15/9/2022 |
|---|---|---|---|---|---|

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

2 Difusores

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR: GREGORIO

FIRMA CONFORME:

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL

SERVICIO INTERNO ☑ SERVICIO EXTERNO ☐

MANO DE OBRA

| FECHA | CODIGO | HORAS | H. EX | FECHA | CODIGO | HORAS | H.EX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

RECEPCION DEL TRA

| FECHA | |
|---|---|
| HORA | |

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO