

SERVICIO REGIONAL DE SALUD METROPOLITANO

Dirección o Departamento: Sección de Mantenimiento

Actividad: Seguimiento a la implementación del plan preventivo/ correctivo de equipos e infraestructura correspondiente a Febrero 2023 **Código:** 4.1.1.6.01

Fecha	6 De Marzo del 2023
--------------	---------------------

TEMA OBJETIVO DEL INFORME

Actividad: Informe /Resumen mantenimiento correctivo/ preventivo y operativo Código 4.1.1.6.01

DESARROLLO DEL INFORME

RESUMEN DE RESULTADOS: Se mantuvo adecuada labor de ejecución, correspondiente al mes de febrero 2023.

HALLAZGOS: se mantuvo adecuada respuesta de mantenimiento, sobretodo correctivo a las solicitudes de trabajo de áreas diversas. Veamos:

1. Ordenes de trabajo ejecutadas 93%.
2. El índice de iluminación interna-externa es de 94.7%.
3. El mantenimiento por disciplina fue:
 - Electricidad 32/23%
 - Acondicionadores aire 28/20%
 - Fontanería 25/18%
 - Cerrajería 25/18%
 - Tapicería/generales 24/17%
 - Pintura 6/4%
 - Total OT 140
4. Inspección/prueba planta /OP Eléctrica
5. Inspección y operación sistema agua de servicio
6. Fue rehabilitada la planta de tratamiento de agua osmosis (servicio externo).



ACUERDOS Y/O RECOMENDACIONES SEGÚN HALLAZGOS

1. Asumir a la brevedad posible el mantenimiento preventivo de la generadora eléctrica y del banco de transformadores de consultas(225kva)
2. Resolver problema falta de empleados técnicos de acondicionadores de aire.



SNS
SERVICIO NACIONAL
DE SALUD



H HOSPITAL
PEDIÁTRICO
DR. ROBERT REID CABRAL

Formulario Informe

GC-FO-002 Versión: 03

Fecha de aprobación: 25/06/201

RESPONSABLES	
Elaborado por:	<p>Darlyn Abreu Cruz Enc. Mantenimiento</p> <p><i>Darlyn Abreu Cruz</i></p> 
Entregado a:	<p>Ing. Juan Bernardo Batista Fantacia Codia 16939 Supervisor Electromecánico HIRRC</p> 
Firma y sello de recibido:	

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

Santo Domingo, D. N.
06 DE MARZO DEL 2023

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 FEBRERO 2023

Estimados señores

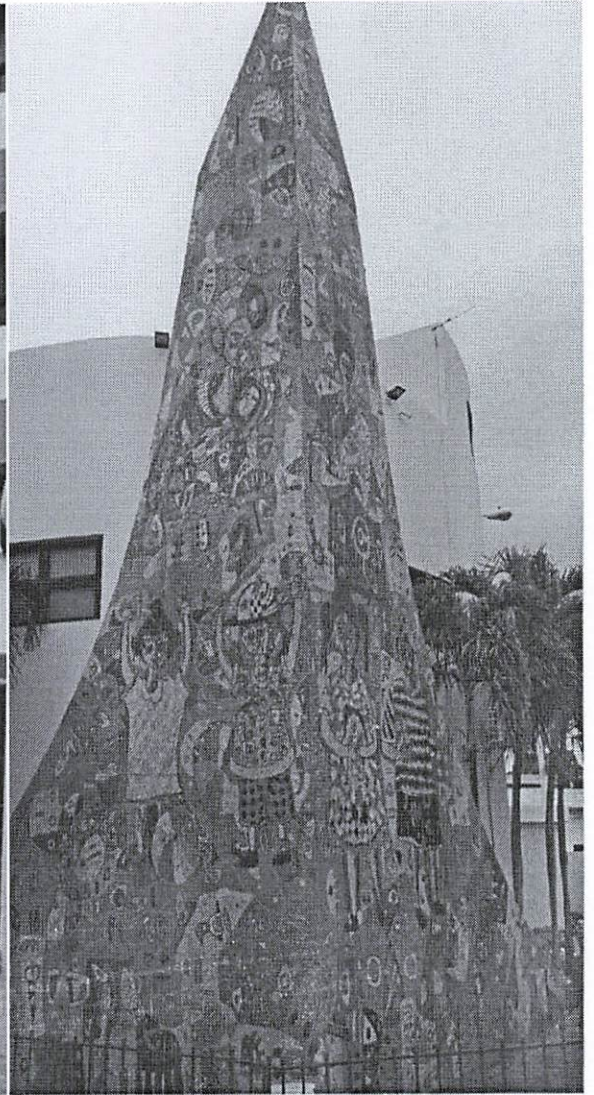
Tenemos a bien remitirles el informe de Mantenimiento correspondiente al MES
FEBRERO DEL 2023.

Att


DARLIN ABREU
Departamento De Mantenimiento

ESTEPHANY PAOLA BERIGUETE FELIZ


ING. JUAN BERNARDO BATISTA FANTACIA
CODIA 16939
Supervisor Electromecánico HIRRC



ESQUEMA GENERAL INFORME MENSUAL MANTENIMIENTO.

- I. INFORME MENSUAL MES DE FEBRERO 2023.**
- 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:

- SE SUSTITUYÓ 90 LUMINARIAS LED EN: CÓMPUTOS, NEFROLOGÍA, SALA 430, SALA 309, ODONTOLOGÍA (COMPRESOR), HEMODIÁLISIS, SALA 306, TUBERCULOSIS, SINTOMÁTICO RESPIRATORIO, CAPILLA, EMERGENCIA, TOMÓGRAFO, NEFROLOGÍA, NEUMOLOGÍA, NEUMOLOGÍA, RECIÉN NACIDOS, UROLOGÍA, SALA 430, COCINA.
- MANTENIMIENTO CORRECTIVO DIVERSO EN, URGENCIA, ATENCIÓN AL USUARIO, RECIÉN NACIDOS, COMPRAS, AUDITORIA MÉDICA, ODONTOLOGÍA, COCINA, INFECTOLOGIA, TOMOGRAFÍA.
- INSPECCIÓN Y OPERACIÓN DE GENERADORA ELÉCTRICA.
- SE RECIBIÓ 200 GLS. DE GAS-OIL EL NIVEL DEL TANQUE ESTÁ EN 1008 GLS.

II. PLOMERÍA:

- MANTENIMIENTO CORRECTIVO A BAÑOS, LAVAMANOS, SANITARIOS, DUCHAS, TUBERÍAS, EN LAS ÁREAS SIGUIENTES: CÓMPUTOS, TOMOGRAFÍA, SALA 309, NEFRO-SALA, LABORATORIO, M-2, UCIP, DIRECCIÓN OFICINA, URGENCIA, PATOLOGÍA, SALA 330, HEMODIÁLISIS, M-4, BAÑO QUIRÓFANOS, CAPILLA.
- REHABILITACIÓN DE PLANTA DE OSMOSIS (SERVICIO EXTERNO).
- INSPECCIÓN Y OPERACIÓN SISTEMA DE AGUA DE SERVICIO.



III. ACONDICIONADORES DE AIRE:

- SE APLICÓ MANTENIMIENTO CORRECTIVO – PREVENTIVO VARIADO A UNIDADES DE LAS ÁREAS SIGUIENTES: ODONTOLOGÍA, EPIDEMIOLOGIA, FACTURACIÓN, CIRUGÍA, NEONATOLOGÍA, HEMODIÁLISIS, ALMACÉN DE MATERIALES QUIRÚRGICOS, M-4, NEUROLOGÍA CONSULTAS, ALMACÉN DE MEDICAMENTOS, OTORRINO, CARDIOLOGÍA, IMÁGENES, ALIMENTACIÓN INTEGRAL, NEFROLOGÍA, TOMA DE MUESTRA, GASTRO, TOMOGRAFÍA, CÓLERA, ADMINISTRACIÓN, M-2, EMERGENCIA.

IV. CERRAJERÍA:

- SE CAMBIÓ LLAVES, PESTILLOS EN: SALA 432, SALA 309, FARMACIA QUIRÓFANO, LAVANDERÍA, COMPRAS, DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA, ESTERILIZACIÓN, QUIRÓFANO, LABORATORIO.
- SE REPARÓ PUERTAS / CRISTALES, VENTANAS, CONSULTA EXTERNA, RECIÉN NACIDOS, FALCEMIA, ONCOLOGÍA, FARMACIA 3ERA, HOSPITAL DEL DÍA, UCI.

V. TAPICERÍA:

- SE CONFECCIONO 10 COLCHONES.
- RAPADAS SILLAS, BAJANTES, DE: ACTIVOS FIJOS RAYOS X, SALA 332.
- LIMPIEZA DE ABANICOS EN LUGARES VARIADOS.

VI. PINTURA:

- APLICADA PINTURA A SUPERFICIES DE: CONTABILIDAD, CARDIOLOGÍA, COCINA DE RAYOS X, OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA, RECIÉN NACIDOS, VACUNA, CUARTO COMPRESORES AIRE MÉDICO.



RELACION ESTADISTICA SISTEMA GESTION MANTENIMIENTO (SGM) FEBRERO 2023

ITEM	AREA	OT GENERADAS	OT EJECUTADAS	OT PENDIENTES	INDICE EJECUCION %	INDICE PENDIENTE %
1	M-2	3	3	0	100	0
2	SALA 306	1	1	0	100	0
3	INFECTOLOGIA	2	2	0	100	0
4	TUBERCULOSIS	2	2	0	100	0
5	COCINA RAYOS X	3	3	0	100	0
6	EMERGENCIA	5	3	2	60	40
7	SALON MIRANDA	1	1	0	100	0
8	CAPILLA	2	2	0	100	0
9	AUDITORIA MEDICA	1	1	0	100	0
10	RECIEN NACIDOS	5	5	0	100	0
11	COMPUTO	3	3	0	100	0
12	ATENCION AL USUARIO	2	2	0	100	0
13	NEFROLOGIA	6	6	0	100	0
14	SALA 430	3	1	2	33	67
15	COCINA	1	1	0	100	0
16	TOMOGRAFIA	5	5	0	100	0
17	SALA 309	4	4	0	100	0
18	URGENCIA	2	2	0	100	0
19	UROLOGIA	1	1	0	100	0
20	NEUMOLOGIA	1	1	0	100	0
21	ODONTOLOGIA	2	2	0	100	0
22	EPIDEMIOLOGIA	2	2	0	100	0
23	FACTURACION SEGUROS	2	2	0	100	0
24	NEONATOLOGIA	1	1	0	100	0
25	HEMODIALISIS	4	4	0	100	0
26	ALMACEN DE MATERIAL QUIRURGICO	1	1	0	100	0
27	M-4	4	4	0	100	0
28	ALMACEN MEDICAMENTOS	1	1	0	100	0
29	OTORRINO	1	1	0	100	0
30	CARDIOLOGIA	1	1	0	100	0
31	IMAGENES	1	1	0	100	0
32	UNIDAD INTEGRAL	1	1	0	100	0
33	OFICINA NEUMOLOGIA	1	1	0	100	0
34	TOMA DE MUESTRA	1	1	0	100	0
35	OFICINA GASTRO	1	1	0	100	0
36	COLERA	1	1	0	100	0
37	COPRESIDA	1	1	0	100	0



38	FALCEMIA	1	1	0	100	0
39	FACTURACION LABORATORIO	2	2	0	100	0
40	FARMACIA 3RA	2	2	0	100	0
41	QUIROFANO	4	2	0	50	50
42	FARMACIA QUIROFANO	1	1	0	100	0
43	LAVANDERIA	3	3	0	100	0
44	ALMACEN 4TO	1	1	0	100	0
45	COMPRA	1	1	0	100	0
46	ONCOLOGIA	1	1	0	100	0
48	SAI	1	1	0	100	0
49	LABORATORIO	2	2	0	100	0
50	HOSPITAL DEL DIA	1	1	0	100	0
51	UCI	4	4	0	100	0
52	ONCOLOGIA 2DA	1	1	0	100	0
53	OFICINA ENFERMERIA	2	2	0	100	0
54	HEMOFILIA	1	1	0	100	0
55	VESTIDOR ENFERMERAS	2	2	0	100	0
56	SALA RW 432	2	2	0	100	0
57	CONSULTORIO 7	1	1	0	100	0
58	ACTIVO FIJO	1	1	0	100	0
59	RAYOS X	1	1	0	100	0
60	CONTABILIDAD	1	1	0	100	0
61	CARDIOLOGIA	1	1	0	100	0
62	VACUNA	3	1	2	33	67
63	ROPERIA	1	1	0	100	0
64	SALA 326	2	2	0	100	0
65	SALA 330	4	4	0	100	0
66	CIRUGIA	1	1	0	100	0
67	COMEDOR	1	1	0	100	0
68	GARITA	1	1	0	100	0
69	CONSULTA EXT	3	1	2	33	67
70	UCIP	1	1	0	100	0
71	MANTENIMIENTO	3	3	0	100	0
72	NUTRICION	1	1	0	100	0
73	PATOLOGIA	1	1	0	100	0
N		138	128	10	93%	7%



HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT RIED CABRAL
GESTION MANTENIMIENTO

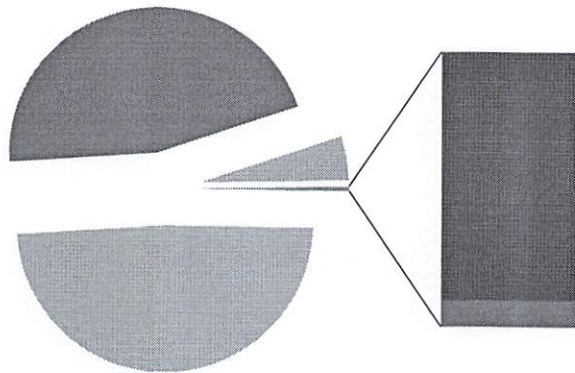
PARTICIPACION DE TECNICOS EN EJECUCION DE ORDENES DE TRABAJOS

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	28	14%	
2	RAMON	MAA16	27	13.3%	
II.	ELECTRICIDAD				
1	YONI MONTILLA	MEB-3	24	11.8%	
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	32	15.8%	
III.	PLOMERIA				
1	LUIS ANTUNA	MP-10	N/A	N/A	
2	AUGUSTO	MN-11	24	11.8%	
IV.	ALBAÑILERIA				
1	JUAN RAMON PERALTA	MA-12		%	
2.	NICOLAS TORRES	MA-13	5	2.5%	
3.	EURISPIDE VOLQUEZ MATOS	ME-9		%	
V.	CERRAJERIA				
1	EUFEMIO ULLOA	MC-14	25	12.3%	
2.	CHARLY FEBRILLET	MT-18	5	2.5%	
VI.	PINTURA				
1	MIGUEL MONTERO	MPI-19	2	1%	
2.	ADISON MARTINEZ	MPI-20	5	2.5%	
VII.	SERVICIOS GENERALES				
1	WILSON RAMIRES	MG-22		%	
2	JUNIOR	MG-21	17	8%	
	TOTAL		203	%	

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

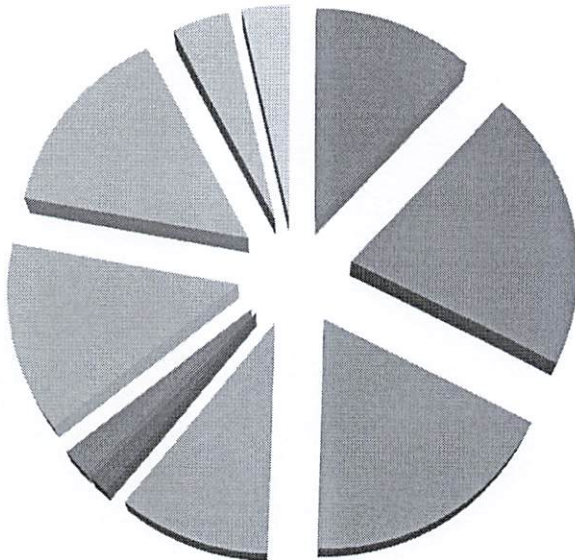


RELACION /ORDENES DE SERVICIOS



- OT GENERADAS 99
- OT EJECUTADAS 93
- OT PENDIENTES 06
- INDICE DE EJECUCION 94%
- INDICE DE PENDIENTE 6%

RELACION OT EJECUTADAS POR UNIDAD MANTENIMIENTO



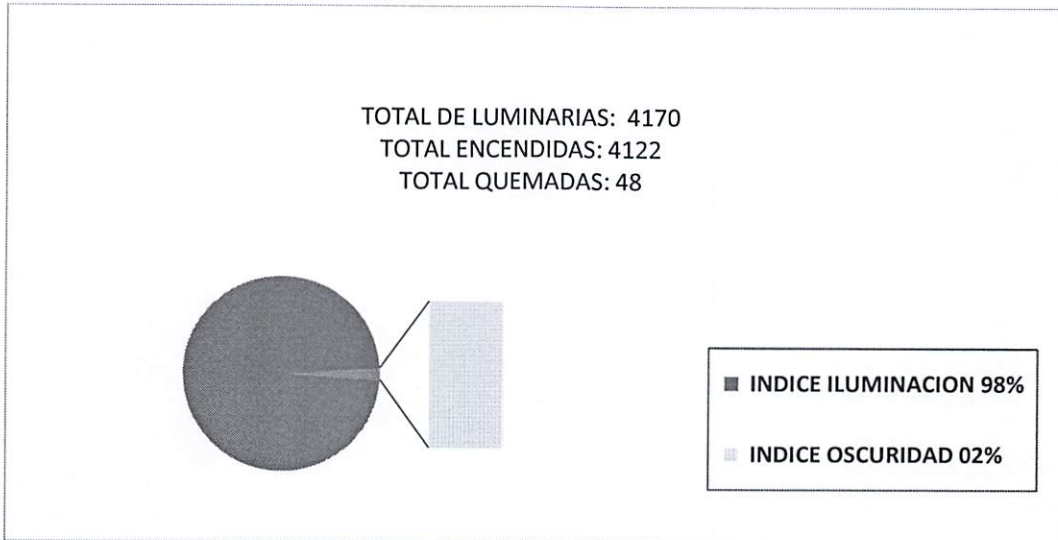
- ELECTRICIDAD 17
- ACONDICIONADORES AIRE 30
- PLOMERIA 26
- CERRAJERIA 15
- PINTURA 2
- ALBAÑILERIA 3
- SERVICIOS 20
- INSPECCION Y OPERACIÓN SISTEMAS AGUAS SERVICIOS 21
- GENERALES 6
- TAPICERIA 6



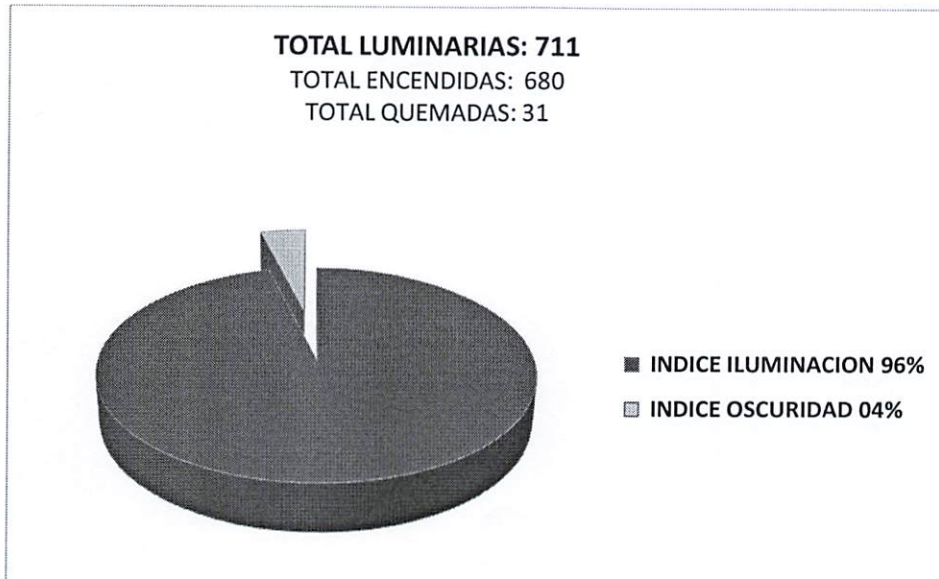
ILUMINACIÓN

I. INTERIORES

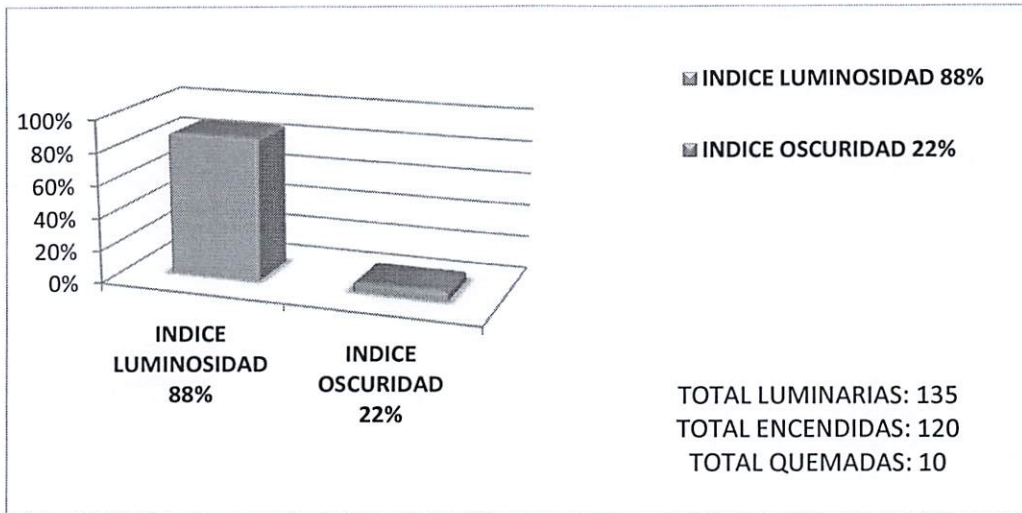
1. EDIFICIO PRINCIPAL



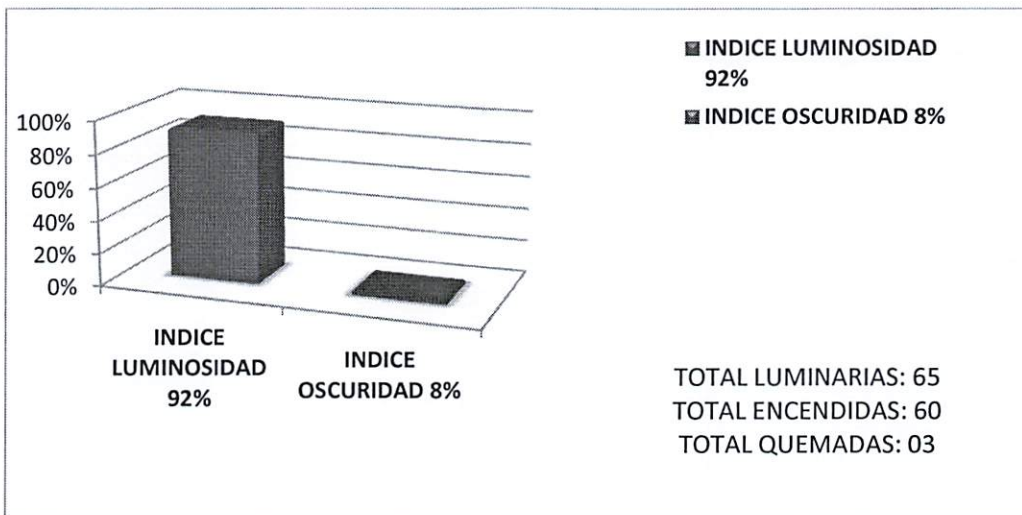
2. EDIFICIO CONSULTAS



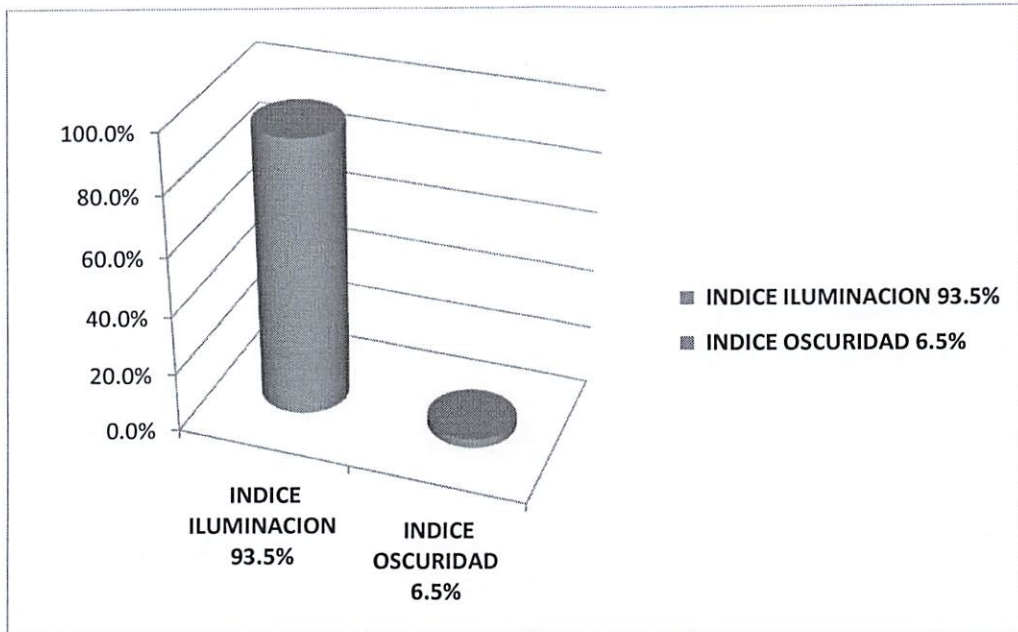
3. UNIDAD INTEGRAL



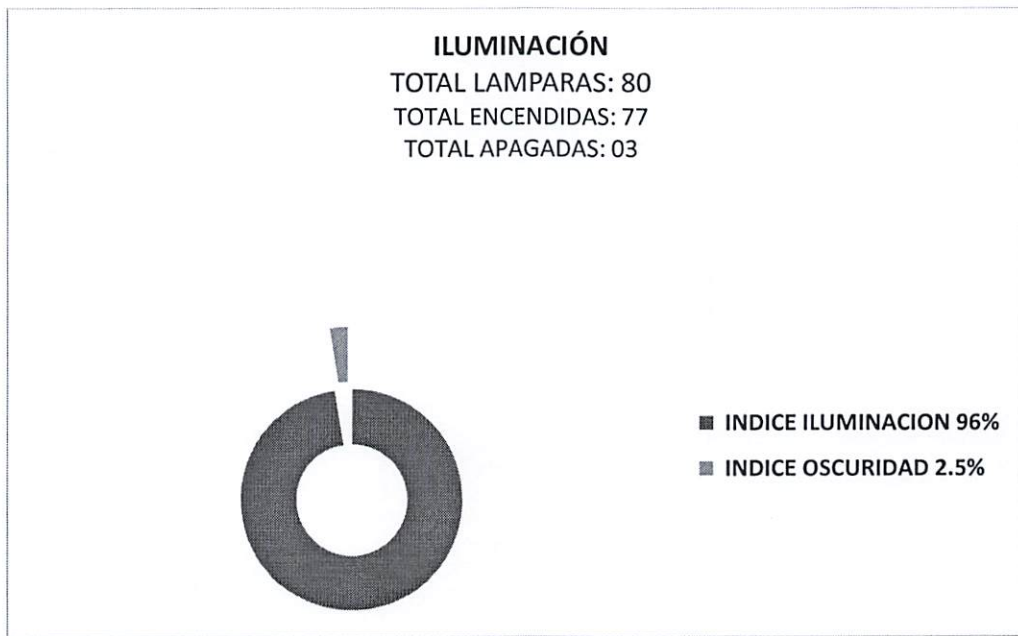
4. EDIFICIO MULTIPLES OESTE



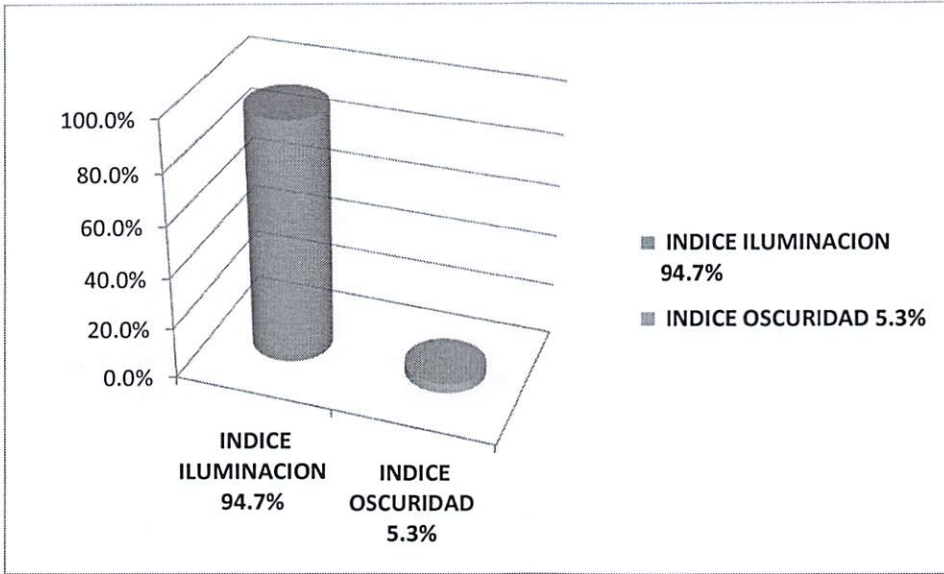
TOTAL INTERIOR



II. EXTERIORES



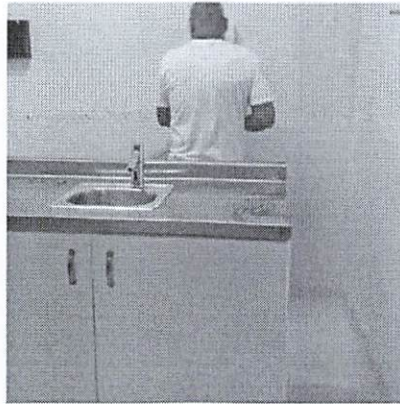
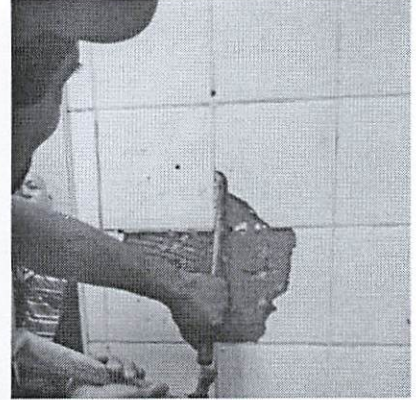
III. TOTAL GENERAL

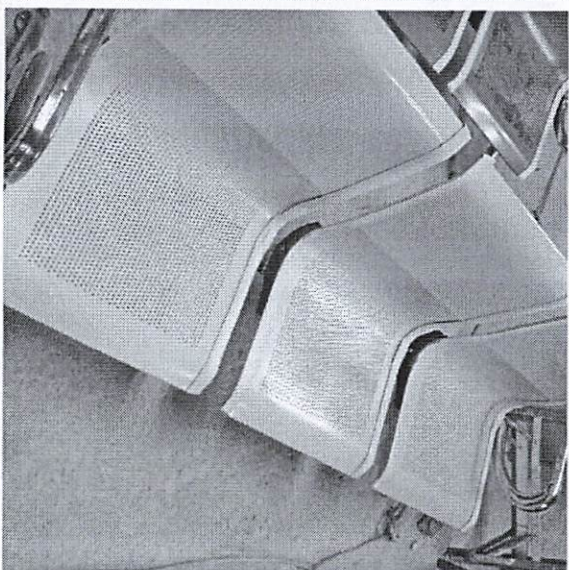
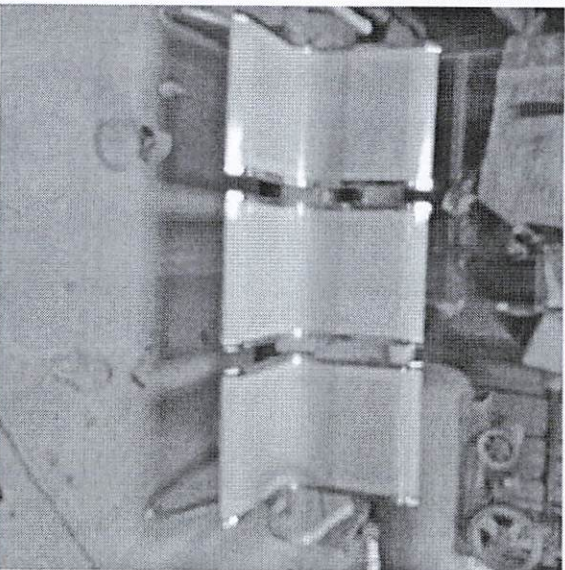
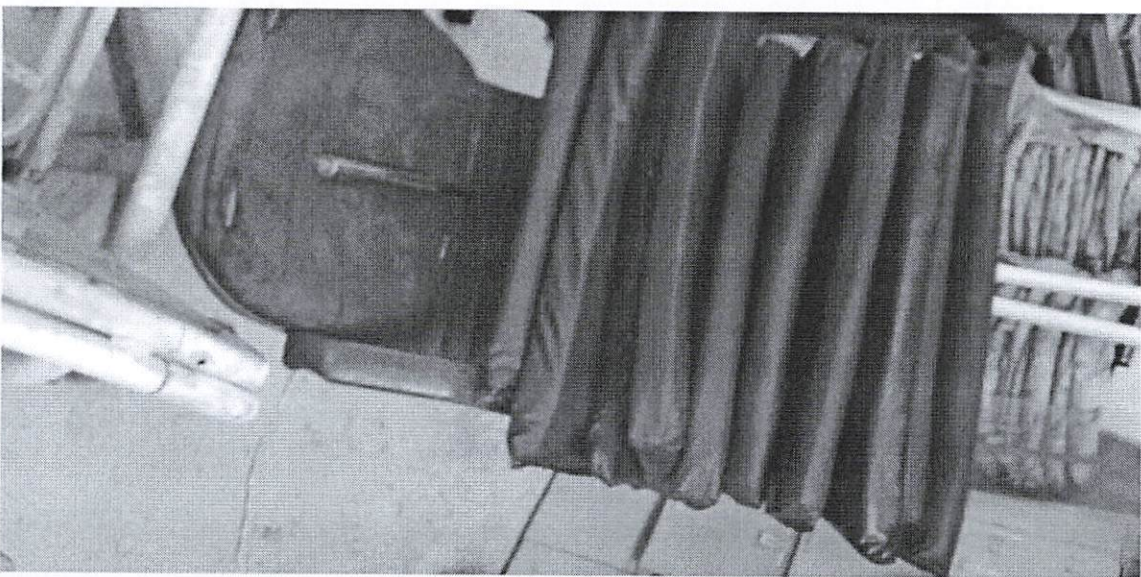


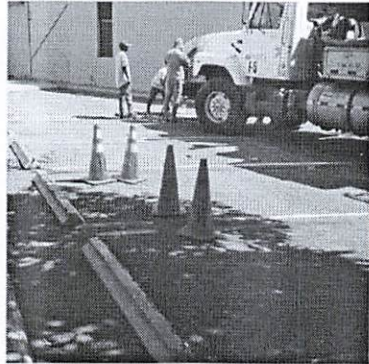
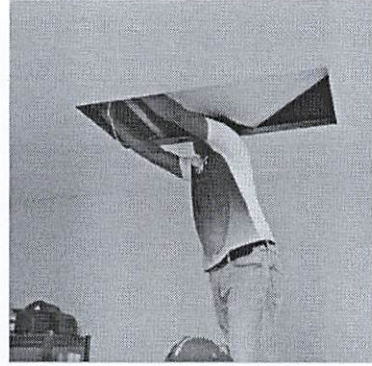
GESTIÓN MANTENIMIENTO EJECUCION INDIVIDUAL



MUESTRA FOTOGRÁFICA







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	2	0	0.0	494.45	0	OGLS	%	1310	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	772.80GLS	31/1/2023	
2	TANQUE DIARIO PLANTA VOLVO-PENTA	V= 0.42 MT3 110.88 GLS	110.8	31/1/2023	
3	TANQUE DIARIO PLANTA CATERPILAR	V= 1.1 MT3 290GLS		31/1/2023	
4	TANQUE DIARIO SPARTECH DERE (COPRESIDA).	187GLS	187	31/1/2023	
II.	OBSERVACIONES	EL GAS OIL ALMACENAMIENTO EN TANQUE DIARIO DE PLANTA SPARTECH DEBE ANALIZARSE ANTES DE USO.			

*
*
*
*



Mafael / Ramos

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL								
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO								
DEPARTAMENTO		Hemodiálisis		HORA	10AM	FECHA	10/2/2023			
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:						EQUIPO/AREA				
Aire dañado						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:				
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:				
SOLICITADO POR:		Licda Blanco				FIRMA CONFORME:				
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>						Licda Blanco		
MANO DE OBRA										
FECHA		CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	HORA
RECEPCION DEL TRA										
ENCARGADO MTTO.										
NOMBRE:										
FIRMA:										
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO										

Mamon / Patel

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

COMPUTO

HORA

FECHA

13-2-2023

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Mantenimiento ALA

PRESTADO

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:



SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME

[Signature]

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRA

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

Rafael / Ramon / Ajuda

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO		I Comelio.		HORA		9 Am		FECHA		21/2/23	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:								EQUIPO/AREA			
Verifico Aire Acondicionado Quiero numero #,								SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:			
								SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE			
SOLICITADO POR:								FIRMA CONFORME:			
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>				SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>				I Comelio 21/2/23			
MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRA			
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	FECHA	HORA	
								ENCARGADO MTO.			
								NOMBRE:			
								FIRMA:			
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO											



Rafael/Ramón/Nicolas

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Farmacia 3^{ra}

HORA

FECHA

01/01/23

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Chequear Nueva

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Lida/Piña

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

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

RECEPCION DEL TRAB

FECHA:

HORA:

ENCARGADO MTTD

NOMBRE:

Lida Chequia Piña

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Rapel / Ramón / Nicolás

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL						
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO						
DEPARTAMENTO		Odología		HORA	9:25	FECHA	22-2-2023	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:						EQUIPO/AREA		
Mantenimiento AIA Preventivo						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:		
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:		
SOLICITADO POR:						FIRMA CONFORME:		
SERVICIO INTERNO <input checked="" type="checkbox"/>			SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>					
MANO DE OBRA						RECEPCION DEL TRA		
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA
								HORA
								ENCARGADO MTTO.
								NOMBRE:
								FIRMA:
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO								

HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL
DIVISION DE SALUD BUCA
CONSUELA Aravena

Rafael / Ramon / Orizola

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Epidemiología

HORA

FECHA

21/2/23

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Reparación de AIA
cambio capacitor 2.25 uF - 5 uF

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 MITO.

NOMBRE:

FIRMA:




OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Ra Fael Ramirez / Dr. Nicolay

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL						
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO						
DEPARTAMENTO		Facturacion Seguro cigand		HORA		FECHA		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:		EQUIPO/AREA						
Mantenimiento Preventivo		SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:						
		SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:						
		FIRMA CONFORME						
SOLICITADO POR:		SERVICIO INTERNO <input checked="" type="checkbox"/>				SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>		
		Edson Villalona						
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								



Rafael / Ramon / y Jedis


ORDEN DE SERVICIO	SERVICIO NACIONAL DE SALUD		
	HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL		
No.	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO		

DEPARTAMENTO	Neonatología	HORA		FECHA	
--------------	--------------	------	--	-------	--

DESCRIPCION DEL PROBLEMA: Mantenimiento A IA Preventivo	EQUIPO/AREA
	SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:
	SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

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

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

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

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

FIRMA: Rafael Garcia A

Rafael/Ramón

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Hemodialisis

HORA

FECHA

17/2/23

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Chequear A A esta Botando
Mucha Agua

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Leda Blanco

FIRMA CONFORME:

[Signature]

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRA

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

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Rapel/Ramon/ Nicolas

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Almacen de Material

HORA

FECHA

20/02/23

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Quirurgico

Mantenimiento

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Quiron

FIRMA CONFORME:

[Signature]

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRA

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

30000000 (Rafael / Ramon)

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

M-21

HORA

10 Am

FECHA

15-2-2023

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Aire rotando agua
(Sala - 332)

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

José Vallejuela

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA:

HORA:

ENCARGADO MITO:

NOMBRE:

FIRMA:



OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Rafael/Ramon

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL							
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO		Neurologia 1			HORA		FECHA		
							15/2/23		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:							EQUIPO/AREA		
chequear A/A no enciende consulta							SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:		
							SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:		
SOLICITADO POR:		Santa					FIRMA CONFORME		
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>							
MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRA	
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	
								HORA:	
								ENCARGADO MTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	Santa
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									



Rogael Ramen

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Almacen Medicamentos

HORA

FECHA

15/07/23

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

chequear envera temperatura muy alta.

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

Rogael Ramen
SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL

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- lata de Refrigerante 134a

Rapel/Ramon

ORDEN DE SERVICIO	SERVICIO NACIONAL DE SALUD		
	HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL		
No.	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO		

DEPARTAMENTO	<i>OTORINO</i>	HORA	<i>10:00</i>	FECHA	<i>15-2-2023</i>
--------------	----------------	------	--------------	-------	------------------

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:	EQUIPO/AREA
<i>Mantenimiento A/A Preventivo</i>	SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:
	SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

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


MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRA	
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	
								HORA	
								ENCARGADO MTTD.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Rafael Ramon

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL							
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO		Cardiología		HORA		FECHA		15-2-2023	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:						EQUIPO/AREA			
Mantenimiento AA (Preventivo)						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:			
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
SOLICITADO POR:						FIRMA CONFORME			
SERVICIO INTERNO <input checked="" type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>							
MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRA	
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	
								HORA	
								ENCARGADO MTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

MaFaer / Ramon

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL							
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO		IMAGENES		HORA		FECHA		8/2/2023	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:						EQUIPO/AREA			
Siempre a theater de oficina Dr Troncoso y aire Pogo (x)						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:			
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
SOLICITADO POR:		CLAYIZA				FIRMA CONFORME:			
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>							
MANO DE OBRA						RECEPCION DEL TRA			
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	HORA
								ENCARGADO MTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

MaTael / Ramon

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Alimentación Integración

HORA

9:00AM

FECHA

11-2-2023

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Reparación de condensador
A1A
Corrección de fuga*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

FIRMA CONFORME:



SOLICITADO POR:

SERVICIO INTERNO



SERVICIO EXTERNO



MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRA

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTD.


NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

LO Libreria de A-410

ATAEL - Ramon .

ORDEN DE SERVICIO	SERVICIO NACIONAL DE SALUD		
	HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL		
No.	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO		

DEPARTAMENTO	Consulta	HORA		FECHA	
--------------	----------	------	--	-------	--

DESCRIPCION DEL PROBLEMA: Reparacion ALT electrica 36 BTU	EQUIPO/AREA
	SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:
	SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:		FIRMA CONFORME:
SERVICIO INTERNO <input checked="" type="checkbox"/>	SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>	<i>Lucy J. P. R.</i>

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



OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Rafael - Manon

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL							
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO		Oficina Neurología			HORA		FECHA		10-2-2023
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:							EQUIPO/AREA		
Mantenimiento AA (Preventivo)							SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:		
							SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:		
SOLICITADO POR:							FIRMA CONFORME:		
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>			SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>				Rafael Trinidad		
MANO DE OBRA							REGISTRACION DEL TRABAJO		
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	HORA
							ENCARGADO MTTTO.		
							NOMBRE:		
							FIRMA:		
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									



Ma Fael / Ramon

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL							
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO		NeFrologia		HORA		FECHA			
						9-2-2023			
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:						EQUIPO/AREA			
Reparacion ALA electrica (Cambio cables)						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:			
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
SOLICITADO POR:						FIRMA CONFORME			
SERVICIO INTERNO <input checked="" type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>							
MANO DE OBRA									
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	
								HORA	
								ENCARGADO MTTD.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

Rafael / Ramon

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL						
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO						
DEPARTAMENTO		Tomada de muestra			HORA		FECHA	
							8-2-2023	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:						EQUIPO/AREA		
1 - Reparacion de Fan cambio de caja de Bola						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:		
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:		
						Laboratorio		
SOLICITADO POR:							FIRMA CONFORME:	
SERVICIO INTERNO <input checked="" type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>					Ana Beltrán	
MANO DE OBRA						RECEPCION DEL TRA		
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA
								HORA
								ENCARGADO MTTD.
								NOMBRE:
								FIRMA:
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO								

Martin / Rafael

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL						
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO						
DEPARTAMENTO		Oficina Gastro		HORA		FECHA		
						8-2-2023		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:						EQUIPO/AREA		
De No Montura y Monte Minicentro A/A						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:		
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:		
SOLICITADO POR:						FIRMA CONFORME		
SERVICIO INTERNO <input checked="" type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>				 Pamela SSA		
MANO DE OBRA								
						RECEPCION DEL TRA		
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	
						FECHA		
						HORA		
						ENCARGADO MTTD.		
						NOMBRE:		
						FIRMA:		
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO								

Ma Fael / Manon

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Tomografía

HORA

FECHA

6-2-2023

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

1 Reparacion A/A
Fan condensador
12 BTU

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

Manon
Firma con sello circular del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral.

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

Aa Fael / Ramon

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL							
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO		(Facturación)			HORA		FECHA		
		Medica)					3-2-2023		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:							EQUIPO/AREA		
capacitor 10uF							SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:		
Reparación									
A/A (Cambio)							SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:		
10uF									
SOLICITADO POR:		FIRMA CONFORME:							
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>							
MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRA	
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	HORA
								ENCARGADO MTTD.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

Na Faci / Ramon

ORDEN DE SERVICIO	SERVICIO NACIONAL DE SALUD						
	HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL						
No.	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO						
DEPARTAMENTO	colera		HORA		FECHA	03-2-2023	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:					EQUIPO/AREA		
Reparación drenajes AIA					SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:		
					SI ES UN AREA PRECISE REGION NOMBRE		
					unidades colera		
SOLICITADO POR:					FIRMA CONFORME:		
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>	SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>				J. P. [Signature]		
MANO DE OBRA							
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	
						FECHA	
						HORA	
						ENCARGADO MTTO.	
						NOMBRE:	
						FIRMA:	
						J	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO							



4 code 3/4 PVS
2 urine 3/4 PVS
1 T 3/4 PVS

Ra Fael / Ramón

ORDEN DE SERVICIO	SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL								
	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO								
No.	DEPARTAMENTO						HORA	FECHA	
	Administración							1-2-2023.	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA: Reparacion de A/A cambio de CONTACTO BY 24V						EQUIPO/AREA			
						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:			
						SI ES UN AREA PRECISE SU CODIGO:			
SOLICITADO POR:			FIRMA CONFORME						
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>			SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>			Firma: <i>Ra Fael</i>			
MANO DE OBRA						REPORTE DE TRABAJO			
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	HORA
								ENCARGADO MTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

RAFAEL

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL					
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO					
DEPARTAMENTO		M-2		HORA	11:40	FECHA	10/6/2023
DESCRIPCION DEL PROBLEMA: limpieza aire urgente				EQUIPO/AREA			
				SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:			
				SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
SOLICITADO POR:		Dr. Mendez				FIRMA CONFORME:	
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>					
MANO DE OBRA						RECEPCION DEL TRA	
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX
						ENCARGADO MTTO.	
						NOMBRE:	
						FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO							



MaTael - Bomero

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL							
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO		Emergencia			HORA		FECHA		13-2-2023.
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:							EQUIPO/AREA		
AAA Mantenimiento (corutivo)							SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:		
							SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:		
									
SOLICITADO POR:							FIRMA CONFORME:		
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>							
MANO DE OBRA							RECEPCION DEL TRA		
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	
								HORA	
								ENCARGADO MTTD.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

Yordy-Gregorio

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL									
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO									
DEPARTAMENTO		Tomografía		HORA		12:00		FECHA		6-2-23	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:							EQUIPO/AREA				
Cambio de breaker 32 AMP Diferencial							SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:				
							SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:				
SOLICITADO POR:							FIRMA CONFORME:				
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>			SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>				 <i>Yordy Gregorio</i>				
MANO DE OBRA											RECEPCION DEL TRA
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	HORA		
								ENCARGADO MTTTO.			
								NOMBRE:			
								FIRMA:			
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO											

1-13 Brecker 32 AMP diferencial

Gregorio y Yauri

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL									
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO									
DEPARTAMENTO		1		HORA		8Am		FECHA		6-2-23	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA: CHe queo de dreike EN TOMO YARIA							EQUIPO/AREA SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:				
							SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:				
SOLICITADO POR:							FIRMA CONFORME:				
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>			SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>								
MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRA			
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	HORA		
									ENCARGADO MTTTO.		
								NOMBRE:			
								FIRMA:			
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO											

① Cambio de 47 Bancos de 32 ang. Diferencia

Cancheo

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Inspección Habitual

HORA

FECHA

14/2/23

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Instalar Extractor (urgente)

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 MTT.

NOMBRE:

FIRMA:

[Signature]

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO



CONDICION EXTRADE
Sala - 1.

Gregorio x Yoni

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL								
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO								
DEPARTAMENTO		HORA			FECHA		7-2-23			
DESCRIPCION DEL PROBLEMA: COCINA RX F: JAL CAJITA						EQUIPC AREA SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO: 				
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE: 				
SOLICITADO POR:							FIRMA CONFORME:			
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>								
MANO DE OBRA							RECEPCION DEL TRA			
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	HORA	
							ENCARGADO MTTO. NOMBRE:			
							FIRMA:			
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO										

- 01^l.
- | | | | | | | |
|-----|------------|----|-----|-------------|-----------|-------------------|
| (1) | Colocacion | de | (8) | pies | de | Alambre Verde #12 |
| (2) | " | " | (8) | " | " | Rojo #12 |
| (3) | " | " | (8) | " | " | Blanco #12 |
| (4) | " | " | (2) | Tc | c/tepa | |
| (5) | " | " | (1) | Interruptor | simple | c/tepa |
| (6) | " | " | (3) | Caja | 2x4 | |
| (7) | | | (1) | " | octagonal | |

Bresorio y yoni

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL							
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO				HORA				FECHA 15-7-23	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA: CHECKEO DE breike en 2A BOMBA DE EMERGENCIA							EQUIPO/AREA		
							SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:		
							SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:		
SOLICITADO POR:						FIRMA CONFORME:			
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>							
MANO DE OBRA							RECEPCION DEL TRA		
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	
								HORA	
							ENCARGADO MTTO.		
							NOMBRE: Doris Alvarado		
							FIRMA:		
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									



Castro Wilson

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD

HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

Ortología

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Estomatología y

HORA

FECHA

21/2/23

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Desinfección

Chequear Electricidad

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Rafaela

FIRMA CONFORME:

[Handwritten signature]
[Blue circular stamp: SERVICIO NACIONAL DE SALUD, HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL]

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRA

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA


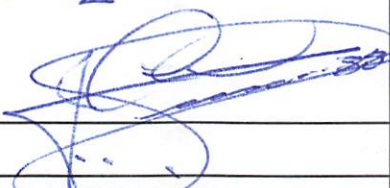

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Goni / Gregorio

ORDEN DE SERVICIO	SERVICIO NACIONAL DE SALUD											
	HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL											
No.	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO											
DEPARTAMENTO		HORA		FECHA	<i>13/2/2023</i>							
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:				EQUIPO/AREA								
<i>11 Abrazaderas MT 1/2</i> <i>3 unioni Coply 1/2</i>				SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:								
				SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:								
SOLICITADO POR:				FIRMA CONFORME								
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>				SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>								
MANO DE OBRA				RECEPCION DEL TRA								
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO				HORAS	H.EX	FECHA	HORA
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO								ENCARGADO MTTO. NOMBRE:				
								FIRMA:				

Yoni Gregorio

SERVICIO NACIONAL DE SALUD

HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



ORDEN DE SERVICIO

No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Salon Miranda

HORA

FECHA

13/2/23

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

EQUIPO/AREA

Difusor

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:



Darlin Abreu

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

① colocación de (1) Dígitos $\frac{1}{k}$ p. —

WOM / Gregorio

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD

HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Auditoria Medica

HORA

FECHA

13/02/23

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Colocacion de Lineas de Tierra. -

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 Colocación de 15 pies de Alambre #12 color Verde

3ro Govio

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL							
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO				HORA	8:45AM		FECHA	14-2-23	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA: PASAL POR COMPA TOMA CORRIENTE SIN CORRIENTE							EQUIPO/AREA SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:		
							SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:		
SOLICITADO POR:							FIRMA CONFORME: 		
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>							
MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRA	
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	
								HORA	
								ENCARGADO MTTO:	
								NOMBRE:	
								FIRMA: 	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									



Yoni / Quebrado

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Recepcion Nacidez

HORA

FECHA

13/3/23

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Reparar lampara se esta cayendo.

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

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

Gregorio y Tony

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL									
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO									
DEPARTAMENTO		Nacion al uso		HORA		8:50 AM		FECHA		31-1-2023	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:							EQUIPO/AREA				
1. Tomacorriente 110V							SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:				
1. Caja 2x4 x 1/2											
							SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:				
SOLICITADO POR:			FIRMA CONFORME:								
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>			SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>						Teresa Fernandez		
MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRA			
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA:			
								HORA			
								ENCARGADO MTTTO.			
								NOMBRE:			
								FIRMA:			
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO											

15# alambre # 12 Rojo

18 Pies alambre # 12 Blanco

18-10 " " verde

1 Caja 2x4x1/2

1- Tc 110V blanco

54 Pies alambre # 12

Gregorio

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL							
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO		Urgencias		HORA		FECHA		2-2-23	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:							EQUIPO/AREA		
1-Tomacorriente adokcanta							SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:		
Cama # 3									
SOLICITADO POR:							SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:		
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>			SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>				FIRMA CONFORME		
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									




~~1-10-10~~

1-10-10

110V Banco TPO

Levinson.

~~Sancti~~ *Parlika* / Agosto

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL							
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO		<i>Habitación #7</i>			HORA		FECHA <i>16/2/23</i>		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:						EQUIPO/AREA			
<i>Infectoria</i> <i>chequear Electricidad no hay luz</i>						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:			
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
						FIRMA CONFORME:			
SOLICITADO POR:		SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>						SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>	
MANO DE OBRA						DIRECCION DEL TRABAJO DE MANTENIMIENTO			
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	HORA
								ENCARGADO MTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									




Gregorio - y honey

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL								
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO								
DEPARTAMENTO		<i>309</i>		HORA	<i>9A</i>		FECHA	<i>8-2-23</i>		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:					EQUIPO/AREA					
<i>Cables de alumbración y toma corriente dañados</i>					SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:					
					SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:					
SOLICITADO POR:		FIRMA CONFORME:								
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>								
MANO DE OBRA							RECEPCION DEL TRA			
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA		
								HORA		
								ENCARGADO MTTTO.		
								NOMBRE:		
								FIRMA:		
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO										

① chequeo de Braekes -

② cambio de (1) tubo LED de 18 w -

Yoni y Gregorio

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL							
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO		HORA			FECHA		20-1-23		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA: CAMBIO DE LAMPARA EN 2A COCINA						EQUIPO/AREA			
						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO			
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
						FIRMA CONFORME: <i>Alinda Reyes</i>			
SOLICITADO POR:								FIRMA CONFORME:	
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>							
MANO DE OBRA							RECEPCION DEL TRA		
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	
								HORA	
								ENCARGADO MTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

17. 160 Lad (S.W)

Presoria

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL										
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO										
DEPARTAMENTO		HORA		FECHA								
		8 AM		7-2-23								
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:					EQUIPO/AREA							
ELUMINACION ARIA DE COMPRESO					SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:							
					SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:							
SOLICITADO POR:					FIRMA CONFORME:							
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>										
MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRA				
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA				CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	HORA
					ENCARGADO MTTTO.							
					NOMBRE:							
					FIRMA:							
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO												

① ~~con~~ cambio de (4) tubos LED de 18W —

Yoni / Gregorio

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

*nefrologia 4to piso
y oficina*

HORA

FECHA

27/1/23

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Demencia

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Adela

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:

William de la Cruz
8/2/2023



OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

① Cambio de (6) tubos LED de 18 W

Yoni Gregorio

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Sala 430

HORA

FECHA

27/1/23

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Iluminación

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Leda Jimenez

FIRMA CONFORME:

[Signature]

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRA

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

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

i-Libo led 18 W
e-Libo led 18 W

Gregorio y Yony

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL									
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO									
DEPARTAMENTO		Computo		HORA		9:15am		FECHA		3-2-23	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:								EQUIPO/AREA			
Luminaria								SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:			
								SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE			
SOLICITADO POR:								FIRMA CONFORME:			
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>				SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>				 Jose A. Ponce			
MANO DE OBRA											
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	HORA		
								ENCARGADO MTTO.			
								NOMBRE:			
								FIRMA:			
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO											

Gregorio

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL									
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO									
DEPARTAMENTO		urología		HORA		10:00		FECHA		2/2/2023	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:							EQUIPO/AREA				
Lamparas Quemada							SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:				
							SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:				
							FIRMA CONFORME: 				
SOLICITADO POR:								FIRMA CONFORME: 			
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>			SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>								
MANO DE OBRA							RECEPCIÓN DEL TRA				
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	HORA		
								ENCARGADO MTTD.			
								NOMBRE:			
								FIRMA:			
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO											

Maria Flores

Yoni / Gregorio

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

HORA

10-25

FECHA

6-1-23

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Reporte de bombillo del área de recién nacido.

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE EL NOMBRE

SOLICITADO POR:

Hernand

FIRMA CONFORME

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO



3- Tobe had 18w

3- 11 Fluorascarta 13w

1- TC 10w

2- had 10w

Copy - Gregorio

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL						
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO						
DEPARTAMENTO		<i>Nefrología</i>		HORA		FECHA		
						<i>6-2-23</i>		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:						EQUIPO/AREA		
<i>Leucorria</i>						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:		
						SI ES UN AREA PRECISE EL NOMBRE:		
SOLICITADO POR:						FIRMA CONFORME:		
<i>L. Roby</i>								
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>			SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>					
MANO DE OBRA							DEPARTAMENTO	
							RECEPCION DEL TRA	
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	
							ENCARGADO MTTO.	
							NOMBRE:	
							FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO								

10- Tube Lead 18W

charlie

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL									
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO									
DEPARTAMENTO		Rx		HORA		9:00		FECHA		8/12/2023	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:								EQUIPO/AREA			
Des silla Reparacion								SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:			
								SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
SOLICITADO POR:								FIRMA CONFORME			
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>			SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>								
MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRABAJO			
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	HORA	ENCARGADO MTTD.	
										NOMBRE:	
										FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO											



Handwritten signature in blue ink over the stamp.

Charly

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD

HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

Revisar novedades

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Activo fijo

HORA

FECHA

20/12/23

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Reparación de silla

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

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

~~Recepcion~~ Recien

HORA

FECHA

20/12/23

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

10 corchones hechos por charly nacido

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:



SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

[Signature]

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRA

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

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

darli

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

HORA

10-AM

FECHA

6-2-23

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

cuatro bafante de suero

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

DE HORA

ENCARGADO.MTTO.

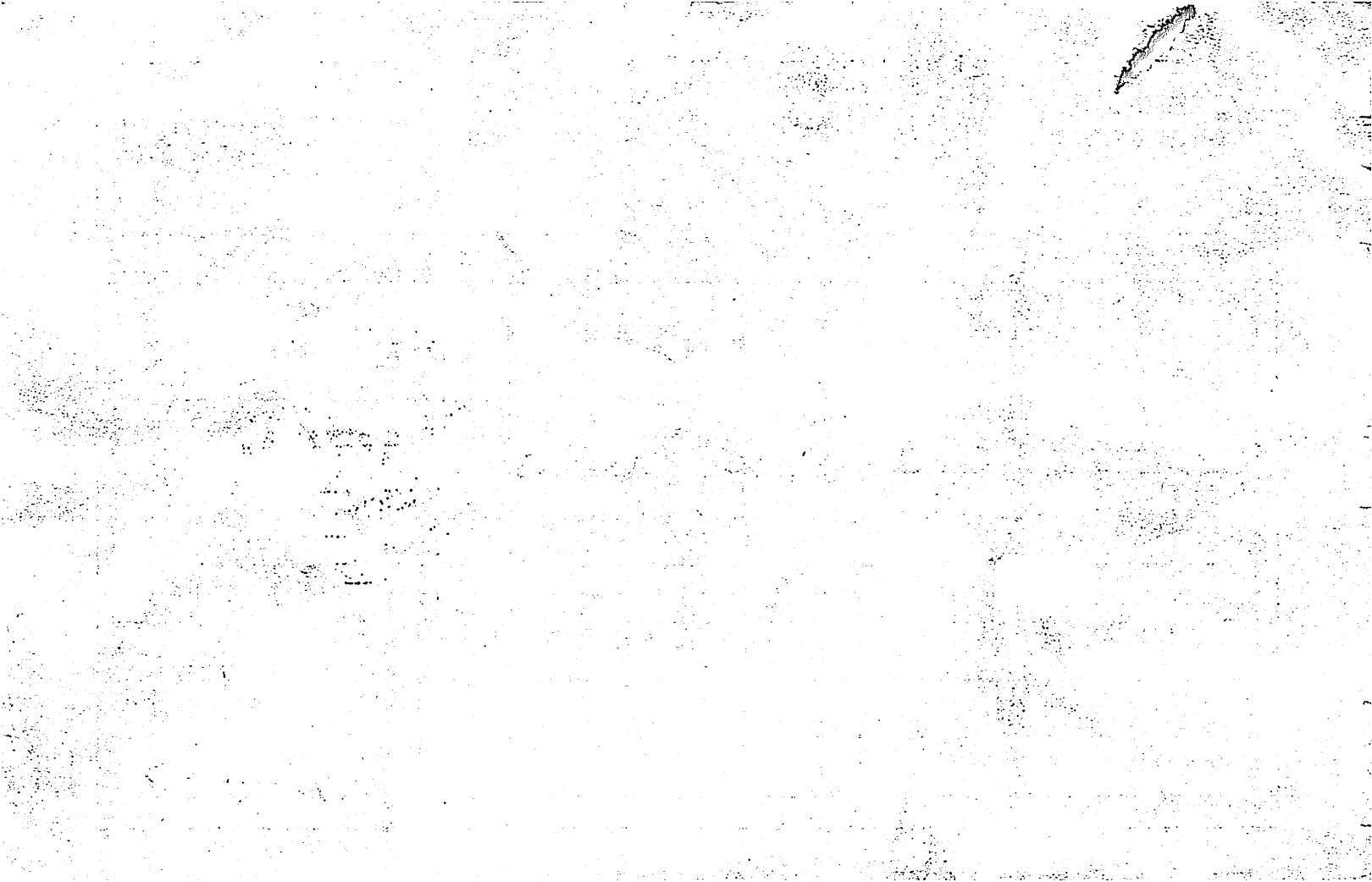
NOMBRE:

FIRMA:

Ju. B. Arios

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

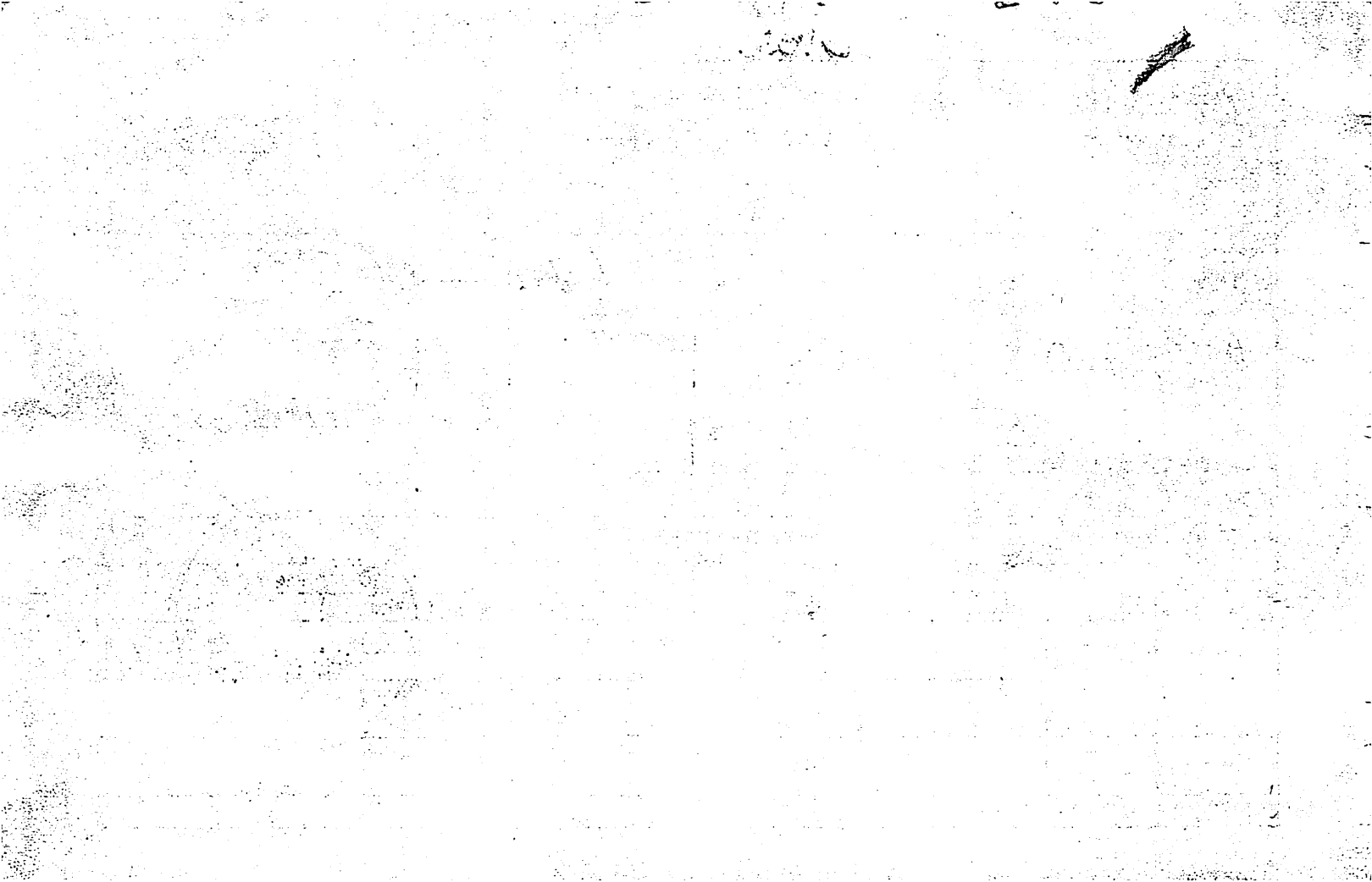




charlo


ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL									
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO									
DEPARTAMENTO		FFG		HORA		10:00 AM		FECHA		6-2-23	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:							EQUIPO/AREA				
La labra la pare ase un ojo							SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:				
							SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:				
SOLICITADO POR:								FIRMA CONFORME:			
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>			SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>								
MANO DE OBRA											
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	RECEPCION DEL TRA			
								FECHA			
								HORA			
								ENCARGADO MTO.			
								NOMBRE:			
								FIRMA:			
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO											


Amey R. [Signature]




Junior

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL								
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO								
DEPARTAMENTO		HORA			FECHA					
					05/02/2023					
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:						EQUIPO/AREA				
Empizo de danico cirugia						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:				
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:				
SOLICITADO POR:						FIRMA CONFORME:				
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>								
MANO DE OBRA										
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO				HORAS	H.EX
									RECEPCION DEL TRA	
							FECHA:			
							HORA:			
							ENCARGADO MTTO.			
							NOMBRE:			
							FIRMA:			
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO										

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL							
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO		HORA		FECHA		05/02/2023			
DESCRIPCION DEL PROBLEMA: <i>comedor & empieza de abarico</i>						EQUIPO/AREA			
						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:			
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
SOLICITADO POR:		FIRMA CONFORME:							
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>							
MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRA	
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	
								HORA	
								ENCARGADO MTTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL						 SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD	
		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
No.									
DEPARTAMENTO				HORA				FECHA	
								05/02/2023	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA: <i>Impugnación de servicio Social</i>							EQUIPO/AREA		
							SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:		
							SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:		
SOLICITADO POR:								FIRMA CONFORME:	
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>							
MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRA	
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	
								HORA	
								ENCARGADO MTTD.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL								
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO								
DEPARTAMENTO				HORA				FECHA <i>05/02/2023</i>		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA: <i>Simpizo de alarico</i> <i>La gordita</i>							EQUIPO/AREA			
							SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:			
							SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
SOLICITADO POR:								FIRMA CONFORME:		
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>			SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>							
MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRA		
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA		
								HORA		
								ENCARGADO MTTO.		
								NOMBRE:		
								FIRMA:		
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO										



SERVICIO NACIONAL DE SALUD
 HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL

ORDEN DE SERVICIO

1/02/2023
 UIPO/AREA

Sempizo e obrero Oni

No.

DEPARTAMENTO

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO
 HORA

FECHA

SI ES UN EQUIPO SE SU CODIGO:

SI ES UN AREA NOMBRE:

FIRMA CO

DEL TRA

NO MTO.

FI

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

CODIGO

HORAS

H.EX

DESC

Sempizo e obrero Oni

SOLICITADO POR:

SERVICIO INTERNO

COZO

HORAS

H. EX

FECHA

SOLICITADO POR:

SERVICIO INTERNO

FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

HORAS H.EX

RECEPCION DEL TRA

FECHA HORA


ENCARGADO MTO. NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO



Junior

ORDEN DE SERVICIO	SERVICIO NACIONAL DE SALUD		
	HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL		
No.	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO		

DEPARTAMENTO	HORA	FECHA
		11/02/2023


DESCRIPCION DEL PROBLEMA: <i>edificio de consulta f empizo de banco</i>	EQUIPO/AREA
	SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:
	SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

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

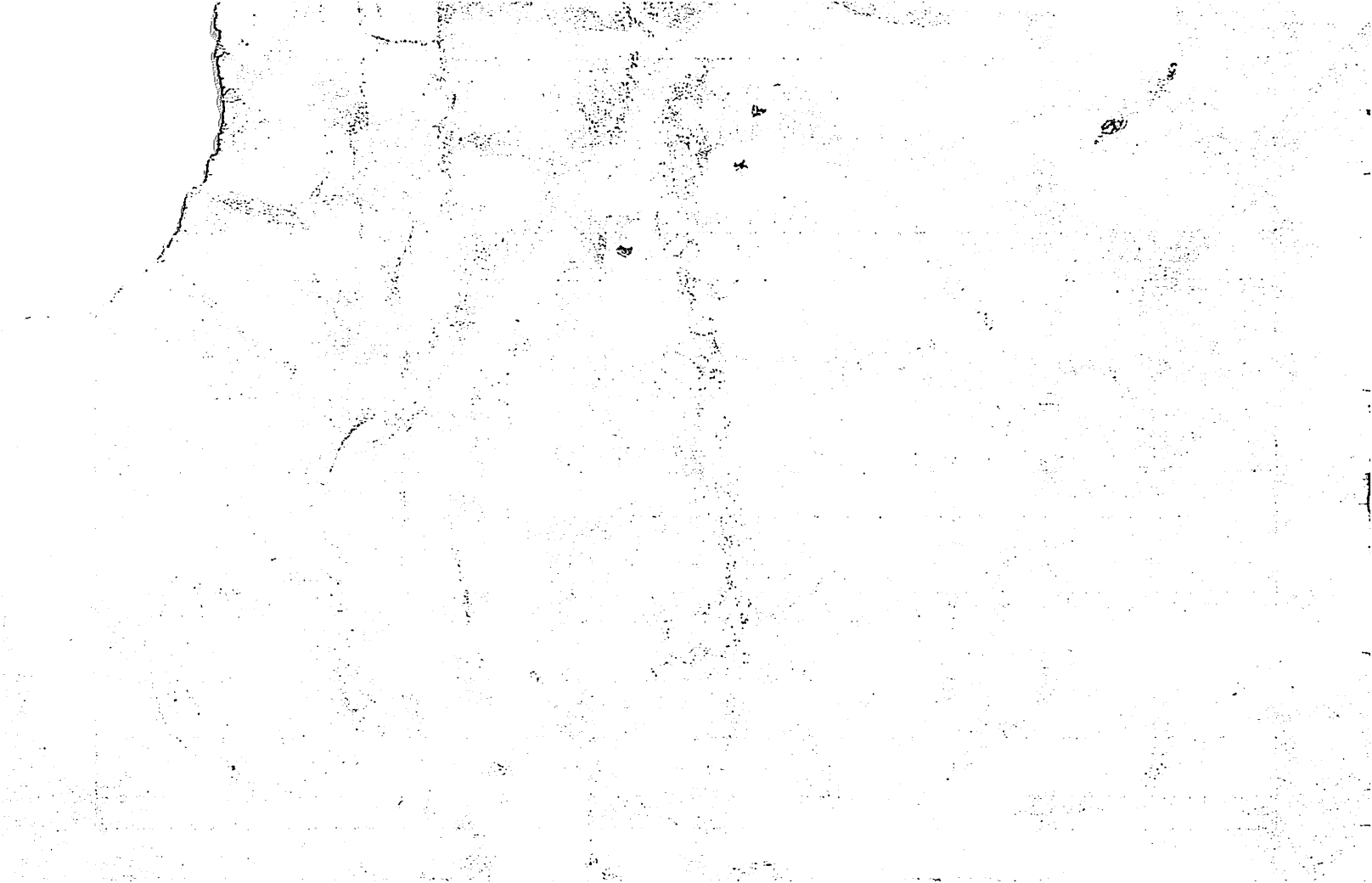
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>	SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>
---	---

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

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

ORDEN DE SERVICIO	SERVICIO NACIONAL DE SALUD								
	HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL								
No.	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO								
DEPARTAMENTO				HORA			FECHA		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:							EQUIPO/AREA		
<i>Limpieza de oficina sola 332-330</i>							SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:		
							SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:		
SOLICITADO POR:							FIRMA CONFORME:		
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>			SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>						
MANO DE OBRA							RECEPCION DEL TPA		
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	
								HORA	
								ENCARGADO MTEO	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	<i>[Signature]</i>
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									





ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

HORA

FECHA

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

EQUIPO/AREA

*Limpieza de armarios
Sala: 326*

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 MTTD.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO





SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL

TIPO DE SERVICIO

No.

DEPARTAMENTO

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:
Impresión de banco meloxi

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO
HORA

FECHA

01/29/2023
EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

FIRMA CONFORME:

RECEPCION DEL TRA
FECHA

HORA

ENCARGADO MTT
NOMBRE:

FIRMA:

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA
H. EX

CODIGO

HORAS

H. EX

SOLICITADO POR:
Con...

SERVICIO INTERNO

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO



01/29/2023
EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO EXTERNO

CODIGO

HORAS

H. EX

RECEPCION DEL TRA
FECHA

HORA

ENCARGADO MTT
NOMBRE:

FIRMA:

DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO



Miguel

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Contabilidad

HORA

FECHA

17/2/23

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Pintar

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 MTTQ.

NOMBRE

FIRMA.

Darlan Acosta

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Adisión

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Oficina Cardióloga

HORA

FECHA

15/1/23

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Pintar

Cardiología

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 MTTD.

NOMBRE

FIRMA:

Darlin Abau

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO



Adison

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Cocina Reyes x

HORA

FECHA

17/2/23

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Pintar

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:



SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

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

FIRMA:

Darlin Aguirre

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Adison

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Oficina de actividades

HORA

FECHA

18/2/23

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Epidemiología

Pintar

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Margaret

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECÉPCIÓN DEL TRA

FECHA

HORA

ENCARGADO M.T.O.

NOMBRE:

FIRMA:

Darlin Abreu



OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Miguel / Adelson

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Recién nacido

HORA

FECHA

7/2/23

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Pintar

y sala de espera

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

HORA

ENCARGADO M.T.O.

NOMBRE:

FIRMA:

Darlin Abreu

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

ORDEN DE SERVICIO

No.

DEPARTAMENTO

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Pintar cocina de x

SOLICITADO POR:

SERVICIO INTERNO

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

NOMBRE

ENCARGADO MTTTO.

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

SERVICIO EXTERNO

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTTO.

NOMBRE

FIRMA:

FECHA

18-2-2023

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

FIRMA CONFORME

RECEPCION DEL TRA



Adison
SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

FECHA

18-2-2023
EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

FIRMA CONFORME



ENCARGADO MTTTO.

FIRMA:



AL DORSO



**ÓRDEN DE
SERVICIO**SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL

No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

HORA

FECHA

05/02/2023

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

comedor
8 empiezo de abarico

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 MTTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL							
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO				HORA				FECHA <i>05/02/2023</i>	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA: <i>Impugnación de servicio Social</i>							EQUIPO/AREA		
							SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:		
							SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:		
SOLICITADO POR:							FIRMA CONFORME:		
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>			SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>						
MANO DE OBRA							RECEPCION DEL TRA		
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	
								HORA	
								ENCARGADO MTTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

ORDEN DE SERVICIO	SERVICIO NACIONAL DE SALUD						 SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD		
	HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL								
No.	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO								
DEPARTAMENTO				HORA			FECHA	05/02/2023	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA: <i>Simpizo de abanico</i> <i>La gordita</i>							EQUIPO/AREA		
							SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:		
							SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:		
SOLICITADO POR:						FIRMA CONFORME:			
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>			SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>						
MANO DE OBRA							RECEPCION DEL TRA		
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	
								HORA	
								ENCARGADO MTTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

Agosto

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

capilla

HORA

FECHA

21/2/23

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Instalacion de Agua

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

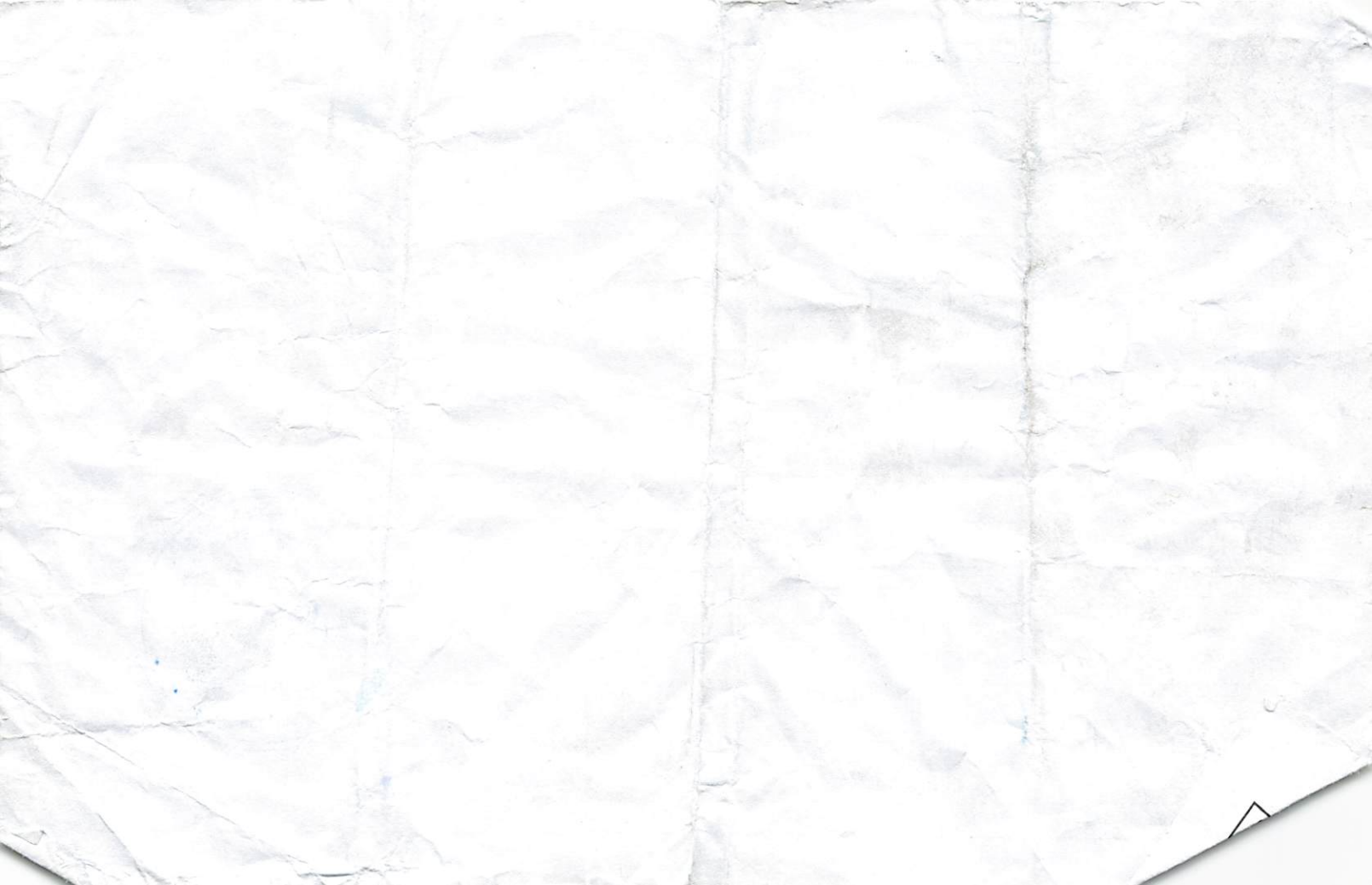
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX



FIRMA:

Darlin Acevedo

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO



Agosto

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL							
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO		Computo			HORA		FECHA		
							27/8/03		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:							EQUIPO/AREA		
Chequear Inodoro							SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:		
							SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:		
SOLICITADO POR:							FIRMA CONFORME		
							Rerez		
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>							
MANO DE OBRA							RECEPCION DEL TRA		
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA:	
								HORA	
							ENCARGADO MTTO.		
							NOMBRE:		
							FIRMA:		
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									



Agosto

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Tomografía

HORA

FECHA

21/8/23

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Lavamanos 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

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO


MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRA

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

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Agosto

ORDEN DE SERVICIO	SERVICIO NACIONAL DE SALUD			
	HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL			
No.	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO			

DEPARTAMENTO	Sala 309	HORA		FECHA	17/10/23
--------------	----------	------	--	-------	----------

DESCRIPCION DEL PROBLEMA: Chequear baño Tapado	EQUIPO/AREA	
	SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:	
	SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:	

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



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

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Leda Ana Aries



Agosto

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Neftalí Salas

HORA

FECHA

17/08/23

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Chequear baño

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Lcds Rodriguez

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 MTTD.




NOMBRE:

FIRMA:

[Handwritten signature]

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Agosto


ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL							
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO		Laboratorio		HORA		FECHA		16/8/23	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:						EQUIPO/AREA			
Chequear baño no esta funcionando fuera de servicio.						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:			
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
									
SOLICITADO POR:		Cristian				FIRMA CONFORME			
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>							
MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRA	
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	
								HORA	
								ENCARGADO MTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

Am 8/6

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL																			
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO																			
DEPARTAMENTO		<i>Quirómano</i>		HORA		<i>9Am</i>		FECHA		<i>21/2/23</i>											
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:								EQUIPO/AREA													
<i>Agua del tanque del baño vestidor de doctor. se denuncia</i>								SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:													
								SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:													
SOLICITADO POR:		<i>S Comelia</i>						FIRMA CONFORME													
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>																			
MANO DE OBRA																					
FECHA		CODIGO		HORAS		H. EX						FECHA		CODIGO		HORAS		H. EX		FECHA	
								RECEPCION DEL TRA													
								ENCARGADO MTTO.													
								NOMBRE:													
								FIRMA:													
								<i>Darbi</i>													
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO																					

3^a piso

Agosto

ORDEN DE SERVICIO	SERVICIO NACIONAL DE SALUD		
	HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL		
No.	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO		

DEPARTAMENTO	M-4	HORA	10 AM	FECHA	14-2-2023
--------------	-----	------	-------	-------	-----------


DESCRIPCION DEL PROBLEMA: Sala - 330 Arreglo funcionamiento Equipo de lavare	EQUIPO/AREA
	SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:
	SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:	J. Valenzuela	FIRMA CONFORME:	
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>	SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>		

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

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

3er piso Augusto

ORDEN DE SERVICIO	SERVICIO NACIONAL DE SALUD		
	HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL		
No.	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO		

DEPARTAMENTO	M-4	HORA	11Am	FECHA	14-2-2023
--------------	-----	------	------	-------	-----------

DESCRIPCION DEL PROBLEMA: Colocacion de llave Int. (3)	EQUIPO/AREA
	SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:
	SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

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

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

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Aug 10

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL						
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO						
DEPARTAMENTO		Hemodiálisis		HORA	10AM	FECHA	10/12/2023	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:						EQUIPO/AREA		
2 llaves dañadas lavadero del baño y lavamanos en la sala						SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:		
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:		
SOLICITADO POR:		Lidia Blanco				FIRMA CONFORME:		
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>				Lidia Blanco		
MANO DE OBRA								
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	
RECEPCION DEL TRAMITACION							FECHA	
ENCARGADO MTTO.							HORA	
NOMBRE:							Lidia Blanco	
FIRMA:							Lidia Blanco	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO								



Augusto

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Sala 330

HORA

FECHA

13/08/23

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

EQUIPO/AREA

Baño tapado y cambio de llave de Lavamanos

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

[Handwritten signature]
[Circular stamp: 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:

[Handwritten signature]

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Agosto

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

Augusto

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL							
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO		<i>manten</i>		HORA				FECHA <i>8-7-23</i>	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:							EQUIPO/AREA		
<i>motor con base de lana mome</i>							SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:		
							SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:		
SOLICITADO POR:							FIRMA CONFORME:		
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>			SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>						
MANO DE OBRA									
							RECEPCION DEL TRA		
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	HORA
								<i>8-7-23</i>	
							ENCARGADO MTTTO.		
							NOMBRE:		
							<i>Darwin Abue</i>		
							FIRMA:		
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

Carbone de bois de France

3 anses de 5

3 anses de 5

an 16

809530116

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL							
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO		HORA		9:00		FECHA		6/22	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:							EQUIPO/AREA		
patología cambio de mercancía							SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:		
SOLICITADO POR:							SI ES UN AREA PRECISE EL NOMBRE:		
SOLICITADO POR:							FIRMA CONFORME:		
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>			SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>						
MANO DE OBRA									
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	RECEPCION DEL TRA
								HORA	
								ENCARGADO MTTO.	
								NOMBRE:	
								Darlin Alvarez	
								FIRMA:	
								[Signature]	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									



Augusto

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

OCIP

HORA

FECHA

14/2/23

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Baño tapado

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Danny

FIRMA CONFORME

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRA

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

DEPARTAMENTO
MANTENIMIENTO

ENCARGADO M.TTO.

NOMBRE

FIRMA

[Handwritten signature]

*RVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO



Agosto

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

M-2

HORA

FECHA

15/2/23

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:

FIRMA:

Darwin Abreu
[Signature]

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Carbone de Meuse
Carbone de Stary

Angela

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Neurología

HORA

FECHA

9/2/2023

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

EQUIPO/AREA

Servo mano

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU CODIGO:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

[Signature]



MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRA

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

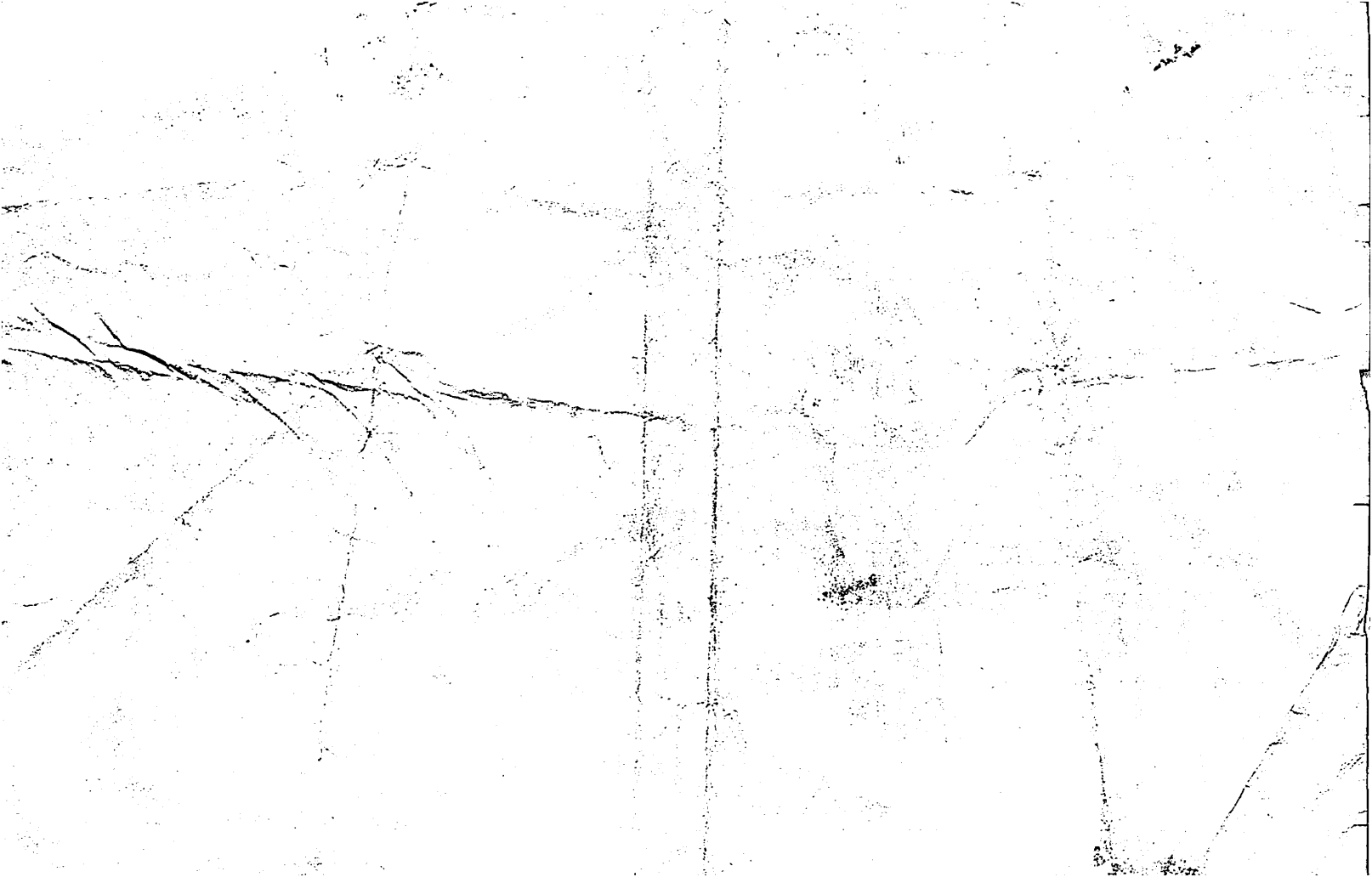
FECHA
HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO



An 8/8

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

maternidad

HORA

9-11

FECHA

9-2-23

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*para Bomba Patiente
travesera pato*

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

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

HORA

ENCARGADO MTTO.

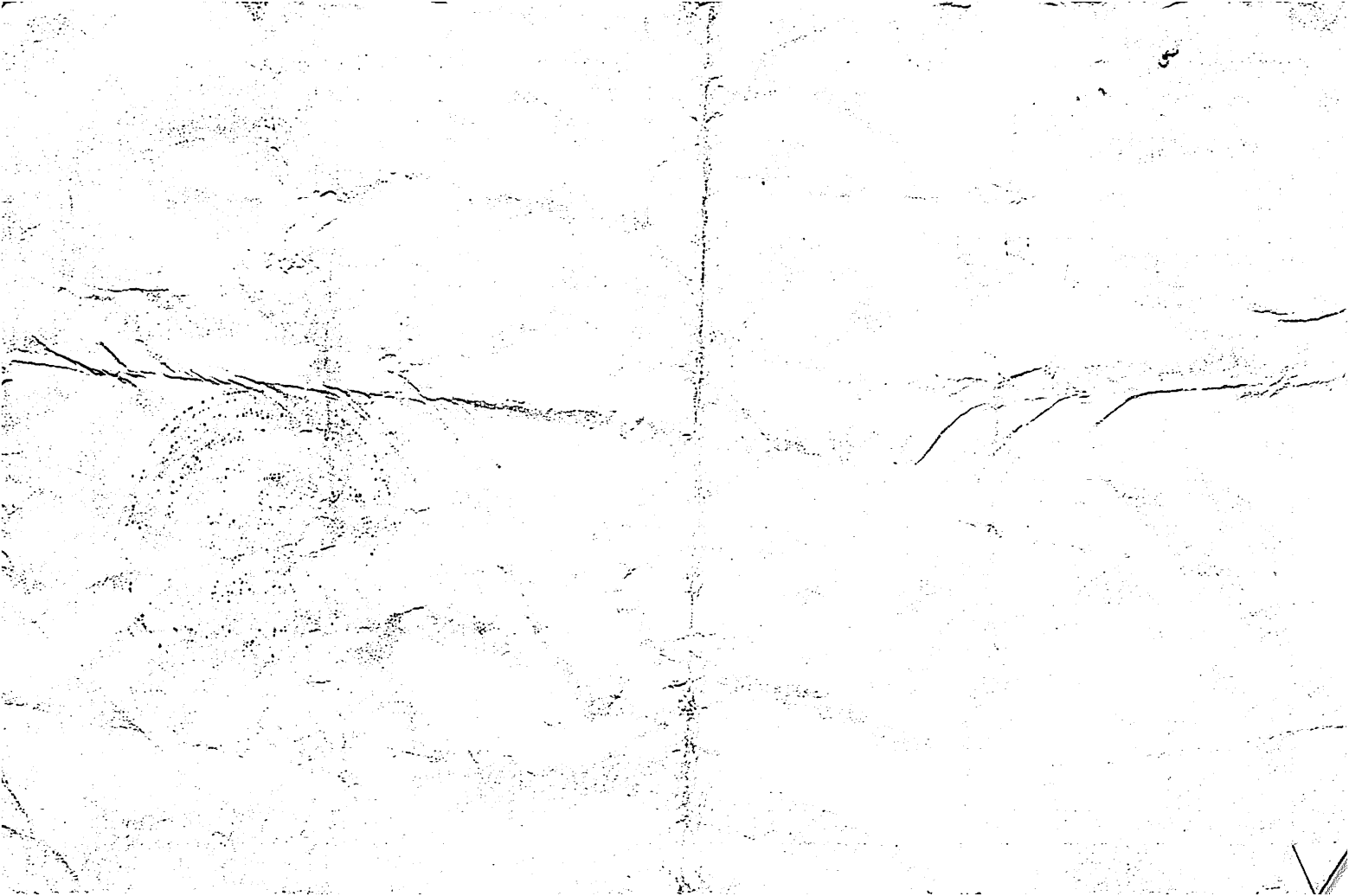
NOMBRE:

Darlin Abreu

FIRMA:

[Signature]

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO




Am ST

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL						
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO						
DEPARTAMENTO		<i>Mantenimiento</i>		HORA	<i>10 AM</i>		FECHA	<i>9-2-2023</i>
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:							EQUIPO/AREA	
<i>por favor arreglo del baño del cuarto de Emef. consulta y Emerg (no descarga).</i>							SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:	
							SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:	
							<i>Tec. Emef</i>	
SOLICITADO POR:			FIRMA CONFORME:					
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>			SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>					
MANO DE OBRA							RECEPCION DEL TRABAJO	
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA
								HORA
								ENCARGADO MTTO.
								NOMBRE:
								<i>Darlin Asen</i>
								FIRMA:
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO								



Amst

ORDEN DE SERVICIO	SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL		
	No.	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO	

DEPARTAMENTO	HORA	FECHA
	<i>9:50</i>	<i>6-2-23</i>

DESCRIPCION DEL PROBLEMA: <i>Bacuno Chequeo</i> <i>Beimio</i>	EQUIPO/AREA SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:
	SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:
	FIRMA CONFORME

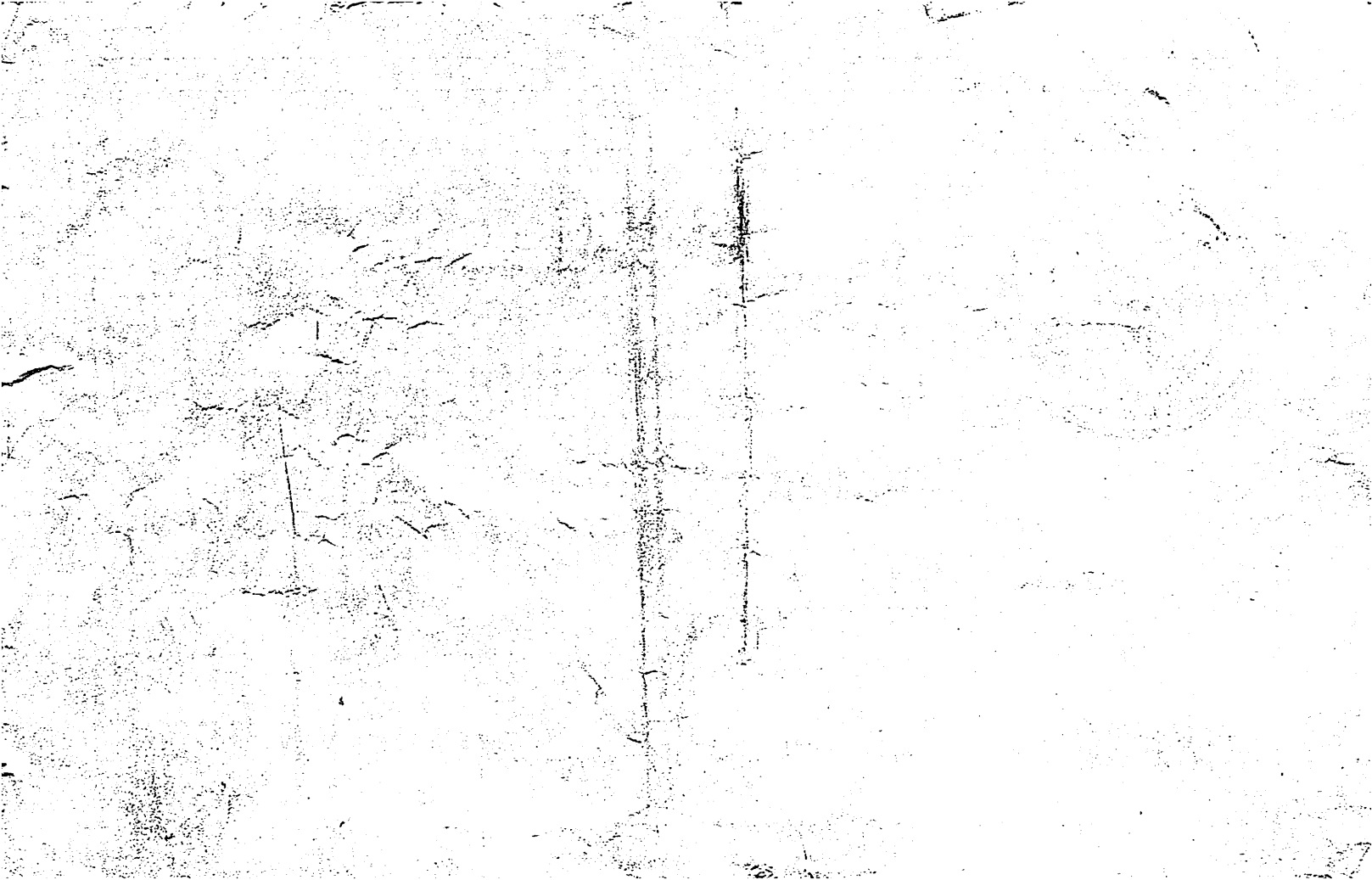
SOLICITADO POR:	
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>	SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>

MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRA	
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	HORA
								ENCARGADO MTIO	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	




[Handwritten signature]

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO



an sth

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL							
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO		<i>urgencia</i>		HORA		FECHA		<i>6/2/23</i>	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:							EQUIPO/AREA		
<i>tubo roto baño de urgencia el agua sale a la sala.</i>							SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:		
							SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:		
SOLICITADO POR:		<i>Lic Carrabal.</i>				FIRMA CONFORME:			
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>							
MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRA	
FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	
								HORA	
								ENCARGADO M.TTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									



[Handwritten signature]



An Gutz

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

mantenimiento

HORA

10-11

FECHA

06 2 29

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Cambio de llave

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Auto chefmen 2º piñ

FIRMA CONFORME:

[Signature]



SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTD.

NOMBRE:

Darbi Abun

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO