

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

No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Sab 228

HORA

9:00

FECHA

25/8/28

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*mantenimiento***EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO SERVICIO EXTERNO *D. J. M. A. R.***MANO DE OBRA****RECEPCION DEL TRABAJO**

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

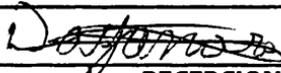
ENCARGADO MTTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

ORDEN DE SERVICIO	SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL						 SNS <small>SERVICIO NACIONAL DE SALUD</small>		
No.	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO								
DEPARTAMENTO	Cabo 228		HORA	10:30		FECHA	25/1/02		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA: <div style="font-size: 2em; font-family: cursive;">mantenimiento de [signature]</div>						EQUIPO/AREA			
						SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:			
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
SOLICITADO POR:			FIRMA CONFORME:						
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>			SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>						
MANO DE OBRA						RECEPCION DEL TRABAJO			
FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	
								HORA	
								ENCARGADO MTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

ORDEN DE SERVICIO	SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL							 SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD	
	No.	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO				HORA	9:30	FECHA	23/10/17		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA: <i>Dabo 228 mantenimiento</i>						EQUIPO/AREA			
						SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:			
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
SOLICITADO POR:						FIRMA CONFORME:			
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>							
MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRABAJO	
FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	
								HORA	
								ENCARGADO MTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

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

No.

UCIN
DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

HORA

18:30

FECHA

25/1/24

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

Mantenimiento de

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO SERVICIO EXTERNO *Vicente Lopez Paulino Ruz*

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO *Dept de Seguro* HORA *10/12* FECHA *17/10/08*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA: *Instalacion de A/A*

EQUIPO/AREA
SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR: _____ FIRMA CONFORME: *[Signature]*

SERVICIO INTERNO SERVICIO EXTERNO

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

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

de seguros

HORA

FECHA

09/01/25

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

mantenimiento de A/A

(EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

Acery y.

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO *Control de gases* HORA *10:15* FECHA *11/01/14*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

mantenimiento de ductos A/A

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

Pic Ferreras

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

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

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

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

No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Seguro

HORA

12:30

FECHA

18/1/24

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

instalación de L.A.A. #

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO SERVICIO EXTERNO *[Firma]***MANO DE OBRA****RECEPCION DEL TRABAJO**

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Servicio de Mantenimiento Integral

HORA

10:30

FECHA

15/1/24

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Reparación de silla y cargo de dispensador

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

Dr. Amel Roldán

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO M.TTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Inmunovirología

HORA

10:50

FECHA

15/01/24

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

Cargo de Refrigerante

L/S

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

Juan Mata

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Endo copia

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

HORA

11:00

FECHA

15/01/24

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

Carga de Refrigerante

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

Lucy SOSA

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

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

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Stewart

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL						 SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD			
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO									
DEPARTAMENTO		<i>Consultorio</i>		HORA		<i>8:30 AM</i>		FECHA		<i>24/1/24</i>	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:								EQUIPO/AREA			
<i>Limpieza de abanico Consultorio Externo</i>								SI ES UN EQUIPO DE 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>Cabral Acosta 24/1/24</i>			
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											

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Genaro

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Urgencias

HORA

FECHA

8/10/24

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Plafón de Urgencias

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Licd Cabral

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

Lic Cabral

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO



OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Genaro.

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL						 SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD	
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO		<i>Sonografía</i>		HORA		FECHA		<i>8/10/24</i>	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:							EQUIPO/AREA		
<i>Máquina, se instaló pero el material no es de calidad, se rompió</i>							SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:		
							SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:		
SOLICITADO POR:		<i>Teresa Fernandez</i>				FIRMA CONFORME:			
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>				<i>Teresa Fernandez</i>			
MANO DE OBRA							RECEPCION DEL TRABAJO		
FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	HORA
							ENCARGADO MTTO.		
							NOMBRE:		
							FIRMA:		
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Gerencia

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

DEPARTAMENTO	<i>Tomada muestra</i>	HORA	<i>3:00pm</i>	FECHA	<i>18/10/24</i>
--------------	-----------------------	------	---------------	-------	-----------------

DESCRIPCION DEL PROBLEMA: <i>llavina en puerta del baño</i>	EQUIPO/AREA
	SI ES UN EQUIPO DE 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>Caracela delgado</i>
---	---	-------------------------

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



Caracela delgado

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:
Caracela delgado

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Laboratorio

HORA

10:15

FECHA

16/01/24

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Dorsal tapado A/B

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

Armen Fabra

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

ORDEN DE SERVICIO	SERVICIO NACIONAL DE SALUD								
	HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL								
No.	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO								
DEPARTAMENTO	<i>ortopedia</i>			HORA	<i>10:00</i>		FECHA	<i>18/01/24</i>	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:							EQUIPO/AREA		
<i>Reparacion de Sesoquillo</i>							SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:		
							SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:		
							FIRMA CONFORME:		
SOLICITADO POR:							FIRMA CONFORME:		
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>	SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>								
MANO DE OBRA							RECEPCION DEL TRABAJO		
FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	
								HORA	
								ENCARGADO MTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

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

No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Sub 501

HORA

9:40

FECHA

26/1/24

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Mantenimiento de A/B

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO SERVICIO EXTERNO *Amedeo do***MANO DE OBRA****RECEPCION DEL TRABAJO**

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

HORA

11:30

FECHA

26/1/78

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Lactario y memoria
cargado
mantenimiento de A/A*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

Lo pua

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

Rifz

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

ORDEN DE SERVICIO	SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL						 SNS <small>SERVICIO NACIONAL DE SALUD</small>	
No.	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO	<i>laboratorio</i>		HORA	<i>12:30</i>		FECHA	<i>5/25/28</i>	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA: <div style="font-size: 2em; font-family: cursive; text-align: center; padding: 20px;"> <i>Mantenimiento de Computero AA</i> </div>						EQUIPO/AREA		
						SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:		
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:		
SOLICITADO POR:			FIRMA CONFORME: 					
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>			SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>					
MANO DE OBRA						RECEPCION DEL TRABAJO		
FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA
								HORA
								ENCARGADO MTTO.
								NOMBRE:
								FIRMA:
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO								

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

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

No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

antología

HORA

11:00

FECHA

18/1/20

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO SERVICIO EXTERNO *Lic. De la Rosa***MANO DE OBRA****RECEPCIÓN DEL TRABAJO**

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

amcolafin

HORA

10:30

FECHA

18/1/23

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Compresor Santuario A/B

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

Sic De la Nacion

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

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

HORA
ENCARGADO MTTO.
NOMBRE:
FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Lea

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

EDUARDO GARCIA

HORA

9.35 AM

FECHA

24-01-2024

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

REPARACION GOTEO INODORO

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Mano E. Ramirez

FIRMA CONFORME:



SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Augusto

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL						 SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD	
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO		<i>Infectología</i>		HORA		FECHA		<i>9/1/2024</i>	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:						EQUIPO/AREA			
<i>Requiere baño valausing</i> <i>Hospitalización # 8</i>						SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:			
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
						<i>J. Herrera</i>			
SOLICITADO POR:		<i>Lidia Otano</i>				FIRMA CONFORME:			
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>							
MANO DE OBRA							RECEPCION DEL TRABAJO		
FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	
								HORA	
								ENCARGADO MTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									



OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

an 80

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL						 SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD	
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO		HORA		FECHA					
		<i>850</i>		<i>5-27-04</i>					
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:						EQUIPO/AREA			
<i>infetologia</i> <i>Camero de Barba en</i>						SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:			
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
SOLICITADO POR:		FIRMA CONFORME:							
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>							
MANO DE OBRA						RECEPCION DEL TRABAJO			
FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	HORA
								ENCARGADO MTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

[Faint handwritten notes, possibly including the name 'Marta María' and a date '2010-01-20']

act

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL						 SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD			
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO									
DEPARTAMENTO		Rx		HORA		11:27 AM		FECHA		8/10/24	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:								EQUIPO/AREA			
Bano Topado								SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:			
								SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
SOLICITADO POR:								FIRMA CONFORME:			
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>				SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>							
MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRABAJO			
FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	HORA	ENCARGADO MTTO.	
										NOMBRE:	
										FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO											



OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Art

**ORDEN DE
SERVICIO**

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Emergencia

HORA

10 p-

FECHA

11-2024

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Baño to pao

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO



OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Agosto

ORDEN DE SERVICIO

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



No. **DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

Cura Ambulatoria

HORA

FECHA

19/1/24

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*manguera de Area de Cura Nota
agrupa en el piso*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Lic. B. Ariza

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

Lic. B. Ariza

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

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

FECHA
HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Augusto

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Hosp. G. Infectología

HORA

9:00 am

FECHA

22/1/24.

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

baño Tapado

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Lidia Gomez

FIRMA CONFORME:

[Handwritten signature]
[Circular stamp: SERVICIO NACIONAL DE SALUD, HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL, SECCION DE ADMINISTRACION DE MANTENIMIENTO]

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

AGOSTO

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

DEPARTAMENTO	Mantenimiento	HORA	9:02 AM	FECHA	23-1-24
---------------------	---------------	-------------	---------	--------------	---------

DESCRIPCION DEL PROBLEMA: BAJO TAPADO EN Medicia dos 3 NIVEL	EQUIPO/AREA
	SI ES UN EQUIPO DE 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>Arx Wevas</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

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Augusto

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

DEPARTAMENTO	<i>Laboratorio</i> <i>Ueda Flores</i>	HORA		FECHA	<i>13/01/24</i>
---------------------	--	-------------	--	--------------	-----------------

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:	<i>Filtro de Laboratorio</i>			EQUIPO/AREA
	SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:			
	SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			

SOLICITADO POR:	<i>Euc. Laboratorio</i>	FIRMA CONFORME:	-
------------------------	-------------------------	------------------------	---

SERVICIO INTERNO	<input type="checkbox"/>	SERVICIO EXTERNO	<input type="checkbox"/>	<i>Lic. Ueda Flores</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

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

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

No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

328

HORA

FECHA

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Reparación de duchas

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

2 Duesillo

1 Puro

1 m. Red de L

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL						 SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD	
No.		sta DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO		501		HORA		FECHA		15/01/24-16/1/24	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA: lavamanos, pedes, los botones estan doruado,						EQUIPO/AREA SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:			
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
SOLICITADO POR:						FIRMA CONFORME:			
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>			SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>						
MANO DE OBRA									
FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	HORA
								ENCARGADO MTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Fueron: se recomienda Symantec bitdefender
ya que se ha tdo varias veces para
resolver y vuelve y se tpa...

Se está en espera de material
para solucionar. Al igual que
lavadores. Resp. 10:00Am.

Augusto

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Enfermería

HORA

3:13 PM

FECHA

11/01/29

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Baños de Tecnología 3era planta esta rotando agua

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Lidia Georgina Jara

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

[Signature]

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Am 26

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Laboratorio

HORA

10:00 am

FECHA

16/01/24

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Cambio de filtro en Laboratorio

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Laboratory

FIRMA CONFORME:

Martinez

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO



MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL						 SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD			
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO									
DEPARTAMENTO		Eccardiogramas		HORA		9:20 PM		FECHA		19/1/24	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA: <i>Revisar Inodoro y Lavamanos.</i>								EQUIPO/AREA			
								SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:			
								SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
SOLICITADO POR:				FIRMA CONFORME:							
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>				SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>							
MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRABAJO			
FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA			
								HORA			
								ENCARGADO MTTO.			
								NOMBRE:			
								FIRMA:			
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO											

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

pendiente

la Balbuena

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL						 SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD	
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO		<i>Cerezo</i>		HORA	<i>9:20 AM</i>		FECHA	<i>19/1/24</i>	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:							EQUIPO/AREA		
<i>Cambio de balancin</i>							SI ES UN EQUIPO DE 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>[Signature]</i>		
MANO DE OBRA							RECEPCION DEL TRABAJO		
FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	HORA
							ENCARGADO MTTO.		
							NOMBRE:		
							FIRMA:		
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

2 Balacín

Agosto

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Reyes x pasillos

HORA

FECHA

9/1/2024

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Baños tapado

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Margarita

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

[Signature]

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Augusto

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Laboratorio

HORA

FECHA

9/1/2024

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Baño tapado

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

[Signature]

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

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

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Miguel

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Sala 309

HORA

8:51 Am

FECHA

23/11/2024

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Pintar 2ISTO

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECÉPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE: ADMINISTRATIVO - FINANCIERO
SECCION DE MANTENIMIENTO

FIRMA:

Darlin Ace

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Miguel + MaRO TA

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
	Mantenimiento	8AM	19-1-24

DESCRIPCION DEL PROBLEMA: PINTAR EL PACILLO 3 Nive del 328	EQUIPO/AREA
	SI ES UN EQUIPO DE 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



FIRMA:
Darlan Asua

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Marota y Miguel

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL						 SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD	
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO		HORA		FECHA		20-1-24			
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:						EQUIPO/AREA			
PINTAR SALA PRIVADA de 328						SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:			
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
SOLICITADO POR:		FIRMA CONFORME:							
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>							
MANO DE OBRA						RECEPCION DEL TRABAJO			
FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	HORA
						ENCARGADO MTTO.			
						NOMBRE:			
						FIRMA: 			
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									



OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

MiGuel Y MaROTA

ORDEN DE SERVICIO	SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL							 SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD			
	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO										
No.	DEPARTAMENTO <i>Mantenimiento</i>			HORA <i>8 AM</i>	FECHA <i>16-12-23</i>						
DESCRIPCION DEL PROBLEMA: <i>PINTAR PACILLO de 2 nivel</i>					EQUIPO/AREA						
					SI ES UN EQUIPO DE 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			
								NOMBRE:			
								FIRMA: <i>Darla A Sa</i>			
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO											

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Proced x MaROTA

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Mantenimiento

HORA

8 AM

FECHA

6-1-24

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

SALA 202 PINTADA

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

HOSPITAL PEDIATRICO DR. ROBERT REID CABRAL
DIRECCION ADMINISTRATIVO - FINANCIERO
SECCION DE MANTENIMIENTO

FIRMA:

[Signature]

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Miguel & Mario TA

ORDEN DE SERVICIO
No.

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



DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO *Mantenimiento* HORA *8AM* FECHA *13-1-24*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:
PINTAR 328.

EQUIPO/AREA
SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

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

FECHA
HORA
ENCARGADO MTTO.
NOMBRE:
FIRMA

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Miguel y Mario JA

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL						 SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD			
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO									
DEPARTAMENTO		Mantenimiento		HORA		8AM		FECHA		7-1-24	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:							EQUIPO/AREA				
PINTAN EMERGENCIA							SI ES UN EQUIPO DE 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	REGIONAL DE SALUD		
								HORA	ENCARGADO MTTTO.		
								NOMBRE:			
								FIRMA:			
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO											



OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO