

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

Atención Integral

HORA

FECHA

1/2/2024

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

male nini en to de filtros  
y chequeo de Refrigerante

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

RESERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Agosto

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Cocina*

HORA

FECHA

*5/2/2009*

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

*Mr. Alf. Lopez S.*

**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

*Laboratorio*

HORA

FECHA

*5/21/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Cambio de llave y bano tapado*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

*Loc. Dome*

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**

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	<b>SERVICIO NACIONAL DE SALUD</b>							 <b>SNS</b> SERVICIO NACIONAL DE SALUD	
	<b>HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL</b>								
No.	<b>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO</b>								
DEPARTAMENTO	<i>Quilmas</i>			HORA	<i>16:00</i>		FECHA	<i>5/2/25</i>	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:  <i>mantenimiento a</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: <i>Daniel Lereboux</i>	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

**OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO**



Agosto

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

<b>DEPARTAMENTO</b>	<i>Rx. Sonografía</i>	<b>HORA</b>		<b>FECHA</b>	<i>6/2/24</i>
---------------------	-----------------------	-------------	--	--------------	---------------

<b>DESCRIPCION DEL PROBLEMA:</b>	<i>Esta es la volando agua en sonografía y el bano de RX esta volando agua.</i>		<b>EQUIPO/AREA</b>
			<small>SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:</small>
			<small>SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:</small>

<b>SOLICITADO POR:</b>	<i>Vernez</i>	<b>FIRMA CONFORME:</b>
------------------------	---------------	------------------------

<b>SERVICIO INTERNO</b> <input type="checkbox"/>	<b>SERVICIO EXTERNO</b> <input type="checkbox"/>	<i>Clara Al Santa 6/2/24</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**

*Yari / Augusto*

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

HORA

FECHA

*1/2/24*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Reemplazo de enfermera 3era  
Cambiar clave por push.*

**EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

*Compu salas*

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**

*Urb / Agosto*

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Roedeste*

HORA

FECHA

*1/2/24*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*llave de baño*

**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

*Hojasob B*

**MANO DE OBRA**

**RECEPCION DEL TRABAJO**

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

Med 4.326.

HORA

FECHA

1/02/24

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

El baño se voló el  
agua. Levarnos baños y salas.

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**

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**



*Estenografía Abord*

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*S01*

HORA

FECHA

*1/02/24*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Cortinas Quitas.*

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

*Claudia Paula 1/02/24*

**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**

Augusto

# ORDEN DE SERVICIO

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



No.

### DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

*Castro*

HORA

FECHA

*2/2/24*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

EQUIPO/AREA

*Toma*

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

*Lavamanos*

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

*Licetia Añez*

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

**OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO**

This block contains a large, empty rectangular area defined by a black border, intended for recording observations. The background of the page is a faint grid pattern. A red diagonal line is visible in the upper right corner of the page, extending from the top edge towards the center of the box.

Agosto

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

Rx

HORA

FECHA

27/24

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Bono vola agua por los  
lodos,

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Cecilia Fuentes

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

Radaisy Cuevas

**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 / 2024

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

HORA

FECHA

2/2/24

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Bomba de Hemodialisis  
poue de sorqueto

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





<b>ORDEN DE SERVICIO</b>		<b>SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL</b>						 <b>SNS</b> SERVICIO NACIONAL DE SALUD			
No.		<b>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO</b>									
DEPARTAMENTO		Neonatología		HORA		11:52 AM		FECHA		2/9/2024	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:								EQUIPO/AREA			
mantenimiento mientro de A/A								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"/>				A. B. G. S. A.			
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**

*Pedro Angel*

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>		<b>SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL</b>						 <b>SNS</b> SERVICIO NACIONAL DE SALUD	
No.		<b>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO</b>							
DEPARTAMENTO		<i>Hemodialisis</i>		HORA	<i>11:00 AM</i>	FECHA	<i>2/9/2024</i>		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA: <i>manejo preventivo de A/A</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>Pedro Blanco</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**

Abad / Senior

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>		<b>SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL</b>						 <b>SNS</b> SERVICIO NACIONAL DE SALUD		
No.		<b>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO</b>								
DEPARTAMENTO		Serv. General		HORA		FECHA		2/02/2024		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:							EQUIPO/AREA			
Bajar Bancos y Acely. retos de los diferentes Redes.							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"/>				Platón Acosta 2/02/24		
MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRABAJO		
FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA		
								HORA		
								ENCARGADO MTTO.		
								NOMBRE:		
								FIRMA:		
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO										

**OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO**

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	<b>SERVICIO NACIONAL DE SALUD</b>							 <b>SNS</b>		
	<b>HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL</b>							SERVICIO NACIONAL DE SALUD		
No.	<b>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO</b>									
DEPARTAMENTO	301			HORA	12:30		FECHA	2/01/24		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:  <i>Mantenimiento de la /a</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>Lidia Ramirez</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**



*Yosé / Augusto*

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO *Gastos* HORA FECHA *2/2/24*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:  
*Gastos de los tapas Lomax  
Corriente*

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 Ana Arco*

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

① Colocación de (2) topa de Te

*Yoni / August*

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*m2*

HORA

FECHA

*2/2/24*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Llana Converte*

**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. Medina M.A.*

**MANO DE OBRA**

**RECEPCION DEL TRABAJO**

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

**ENCARGADO MTTO.**

**NOMBRE:**


**FIRMA:**

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

① cambio de (1) tomoe. Te / Agente NOV


*43000 / agosto*

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>		<b>SERVICIO NACIONAL DE SALUD</b>							
		<b>HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL</b>							
<b>No.</b>		<b>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO</b>							
<b>DEPARTAMENTO</b>		<i>Neurología</i>		<b>HORA</b>				<b>FECHA</b> <i>2/2/24</i>	
<b>DESCRIPCION DEL PROBLEMA:</b>							<b>EQUIPO/AREA</b>		
<i>Toma conuete</i>							SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:		
							SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:		
<b>SOLICITADO POR:</b>							<b>FIRMA CONFORME:</b>		
<b>SERVICIO INTERNO</b> <input type="checkbox"/>			<b>SERVICIO EXTERNO</b> <input type="checkbox"/>				<i>[Signature]</i>		
<b>MANO DE OBRA</b>							<b>RECEPCION DEL TRABAJO</b>		
<b>FECHA</b>	<b>CODIGO</b>	<b>HORAS</b>	<b>H.EX</b>	<b>FECHA</b>	<b>CODIGO</b>	<b>HORAS</b>	<b>H.EX</b>	<b>FECHA</b>	
								<b>HORA</b>	
								<b>ENCARGADO MTTO.</b>	
								<b>NOMBRE:</b>	
								<b>FIRMA:</b>	
<b>OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO</b>									

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

① Colocación de (1) toma. Te c / tap = 110V

PEYAYTA x Wirma

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	<b>SERVICIO NACIONAL DE SALUD</b>		<b>HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL</b>		 <b>SNS</b> SERVICIO NACIONAL DE SALUD
	<b>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO</b>				

<b>No.</b>	<b>DEPARTAMENTO</b>	<b>HORA</b>	<b>FECHA</b>
	Mantenimiento	8AM	3.2-24

<b>DESCRIPCION DEL PROBLEMA:</b> REPARACION TAPA DE SISTERNA 5	<b>EQUIPO/AREA</b>
	SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:
	SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

<b>SOLICITADO POR:</b>	<b>FIRMA CONFORME:</b>
------------------------	------------------------

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

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



**ENCARGADO MTTO.**

**NOMBRE:** ROBERTO DR. ROBERT REID CABRAL  
OFIC. ADMINISTRATIVO - FINANCIERO  
SECCION DE MANTENIMIENTO

**FIRMA:** *[Handwritten Signature]*

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

**OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO**



yosi

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

Sala 202

HORA

8:30

FECHA

5/02/2024

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

inst. de tomocorriente -

**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

*[Handwritten signature]*

**MANO DE OBRA**

**RECEPCION DEL TRABAJO**

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

① Cambio de (1) tomoc. 110V —

# ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

*Administración*

HORA

*11:45*

FECHA

*5/2/24*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

*Cambio de sensor Domb A/B*

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

*Stephanie Gervacio*

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

*trabajo Genaro*

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*trabajo social*

HORA

FECHA

*8/2/24*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

**EQUIPO/AREA**

*Cerradura y pintura  
puerta de entrada*

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

*David Foral*

**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

Se Resolvió en Dep. De Comunicación (Prensa).

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	<b>SERVICIO NACIONAL DE SALUD</b>							 <b>SNS</b> SERVICIO NACIONAL DE SALUD	
	<b>HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL</b>								
No.	<b>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO</b>								
DEPARTAMENTO	<i>cruspl</i>			HORA	<i>9:30</i>		FECHA	<i>8/2/24</i>	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:  <i>Mantenimiento de ducto</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>[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**



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

No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*ciencia*

HORA

*10:15*

FECHA

*8/1/07*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Mantenimiento de tuberías 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 *Dr. H. H. H.*

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

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

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

**OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO**

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>		<b>SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL</b>						 <b>SNS</b> SERVICIO NACIONAL DE SALUD			
No.		<b>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO</b>									
DEPARTAMENTO		Oncología		HORA		10:30		FECHA		8/2/24	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:  <i>Mantenimiento de sala de A</i>								EQUIPO/AREA			
								SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:			
								SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
SOLICITADO POR:				<i>[Signature]</i>				FIRMA CONFORME:			
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>				SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>				<i>Le. Zoloto</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**

Miguel

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

Mantenimiento

HORA

FECHA

9-2-24

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Salon miranda. Pintura completa

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:

Darío Asu

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

**OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO**

Yosni / Agosto

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Quirófono*

HORA

FECHA

*9/2/24*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Torre Corrientes en Quirófono.*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

*Ing Fely.*

FIRMA CONFORME:

*[Signature]*

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

**MANO DE OBRA**

**RECEPCION DEL TRABAJO**

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

*10/8/24*

HORA

ENCARGADO MTO.

NOMBRE:

*Jorge M*

FIRMA:

*[Signature]*

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

- ① Colocación de (1) caja 242 de metal Ebet -
- ② " " (1) tomacor. 110V c/ tapa
- ③ " " (15) pies de alambre #10 Negro/blanco

Airobo



Yoni / Agosto

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Blimmer Quijano*

HORA

FECHA

*9/2/24*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Toma Corrientes.*

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

*Enrique Ferrero*

**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

- (1) Colocación de (2) Caja Eléctrica 2x2 de metal  
 (2) " " (2) tomoc. 110V / tapa  
 (3) " " (15) pies de Alambre #10 Rojo  
 (4) " " (15) " " " #10 Blanco  
 (5) " " (3) Caudita de 1/2 —  
 (6) " " (8) tornos azul. —

mm

Augusto

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO *M-4* HORA *Mdru* FECHA *9-2-2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:  
*flavel de lavamanos  
Int #3 (328)*

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

SOLICITADO POR: *forbalengueta*

FIRMA CONFORME: *forbalengueta*

SERVICIO INTERNO  SERVICIO EXTERNO

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

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

**OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO**

Augusto/ goni

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Salud Mental*

HORA

FECHA

*12/2/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Abrir Puerta*

**EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

FIRMA CONFORME:

*[Handwritten signature]*

SOLICITADO POR:

*Dra/ Santiago*

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**

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	<b>SERVICIO NACIONAL DE SALUD</b>							 <b>SNS</b> SERVICIO NACIONAL DE SALUD	
	<b>HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL</b>								
No.	<b>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO</b>								
DEPARTAMENTO	<i>Quimioterapia I</i>		HORA	<i>8:30</i>		FECHA	<i>12/2/24</i>		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:  <i>chequeo de A/A</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	<i>12/2/24</i>
								HORA	<i>8:30</i>
								ENCARGADO MTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

**OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO**



*an si zen*

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Tenis Nematof*

HORA

FECHA

*12/12/2023*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Reparar Lavamanos esta bebiendo Agua.*

**EQUIPO/ÁREA**

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

*Franchesa Fzardo*

SOLICITADO POR:

*Franchesa*

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

**MANO DE OBRA**

**RECEPCION DEL TRABAJO**

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

1. Home de los Monjes

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

No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

<b>DEPARTAMENTO</b>		<i>Mantenimiento</i>		<b>HORA</b>		<b>FECHA</b>	<i>12/2/24</i>		
<b>DESCRIPCION DEL PROBLEMA:</b>						<b>EQUIPO/AREA</b>			
<i>Sala 501 Pintar Sala</i>						SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:			
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
<b>SOLICITADO POR:</b>				<b>FIRMA CONFORME:</b>					
<b>SERVICIO INTERNO</b> <input type="checkbox"/>			<b>SERVICIO EXTERNO</b> <input type="checkbox"/>						
<b>MANO DE OBRA</b>							<b>RECEPCION DEL TRABAJO</b>		
<b>FECHA</b>	<b>CODIGO</b>	<b>HORAS</b>	<b>H.EX</b>	<b>FECHA</b>	<b>CODIGO</b>	<b>HORAS</b>	<b>H.EX</b>	<b>FECHA</b>	
								<b>HORA</b>	
								<b>ENCARGADO MTTTO.</b>	
								<b>NOMBRE:</b>	
								<b>FIRMA:</b> <i>[Firma]</i>	
<b>OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO</b>									

**OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO**

*Yoni / Augusto*

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Laboratorio*

HORA

FECHA

*13/02/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Illuminacion*

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 MTTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

- ① Colocación de (1) tubos LED de 18 watts  
 " " " " " " " " " " (usados)  
 ② " " (1) " " " " " " " " " "

Augusto / gony

~~Abast~~

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

Falconia

HORA

FECHA

13/12/2024

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

consultorio #2

**EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

Cambio de llave de Saramano

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

*[Handwritten Signature]*

**MANO DE OBRA**

**RECEPCION DEL TRABAJO**

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

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

1. No se do los Mon



*Yoni / Augusto*

*Reconstrucción*

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>		<b>SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL</b>						 <b>SNS</b> SERVICIO NACIONAL DE SALUD	
No.		<b>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO</b>							
DEPARTAMENTO		<i>Carita Independencia</i>			HORA		FECHA		<i>13/2/2024</i>
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:							EQUIPO/ÁREA		
<i>Ideminación</i>							SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:		
							SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:		
							<i>ompo de...</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:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

① Reconexión de la línea de alimentación de la Canteína Ind.

*Augusto Lyon*

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Mayordomía*

HORA

FECHA

*13/02/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Valansing Cambio*

**EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

*John Torres*

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

1 llave de lava mano

1 Barbicam

*Augusto / Yoni*

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Sala 328*

HORA

FECHA

*13/02/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Cambio de vestago*

**EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

*V. Feliz*

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
								<b>ENCARGADO MTTO.</b>	
								<b>NOMBRE:</b>	
								<b>FIRMA:</b>	

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

*Neumología*

HORA

FECHA

*14/2/2004*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*consulta 2º piso*

**EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

*Baño tapado*

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

*Sussey*

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

**MANO DE OBRA**

**RECEPCION DEL TRABAJO**

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

**ENCARGADO MTTTO**

NOMBRE:

FIRMA:

*[Signature]*

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

**OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO**



ORDEN DE SERVICIO									
	<p style="text-align: center;"><i>grac</i></p> <b>SERVICIO NACIONAL DE SALUD</b> <b>HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL</b>								
No.	<b>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO</b>								
DEPARTAMENTO	<i>farmacia</i>	HORA		FECHA	<i>14/2/24</i>				
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:				EQUIPO/AREA					
<i>Cambio de puerta ESA PUERTA ERA LA de la FORTOLONGIA</i>				SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:					
				SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:					
				<i>Trissa Terren</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:	
								FIRMA:	
<i>Darlic Asun</i>									
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

**OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO**

**ORDEN DE  
SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

**DEPARTAMENTO**

**HORA**

**FECHA**

*14/2/24*

**DESCRIPCION 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**

*Enilberto Teneiro*

**MANO DE OBRA**

**RECEPCION DEL TRABAJO**

**FECHA**

**CODIGO**

**HORAS**

**H.EX**

**FECHA**

**CODIGO**

**HORAS**

**H.EX**

**FECHA**

**HORA**

**ENCARGADO MTTO.**

**NOMBRE:**

**FIRMA:**

*Darlie Aguirre*

**OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO**

**OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO**

Augusto / epri

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Hemodialisis*

HORA

FECHA

*14/2/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Cambio de llave de Lavamano.*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

*Dra. Wilina Pelanosa*

SOLICITADO POR:

*Lidia Blanco*

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

**MANO DE OBRA**

**RECEPCION DEL TRABAJO**

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

**OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO**

Agosto / yoni

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

14-2-24

**DEPARTAMENTO**

Infecctologia

**HORA**

**FECHA**

8:00 Am.

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:**

Infecctologia mt le 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**

*Lu Hernandez*

**MANO DE OBRA**

**RECEPCION DEL TRABAJO**

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

**ENCARGADO MTTTO.**

**NOMBRE:**

**FIRMA:**

**OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO**

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

① Cambio de (4) Baterías AA & Lavado del Censor. —



*curto*

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	<b>SERVICIO NACIONAL DE SALUD</b>							 <b>SNS</b> SERVICIO NACIONAL DE SALUD
	<b>HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL</b>							
<b>No.</b>	<b>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO</b>							
<b>DEPARTAMENTO</b>	<i>mantenimiento</i>	<b>HORA</b>	<i>8:30</i>	<b>FECHA</b>	<i>14-2-24</i>			
<b>DESCRIPCION DEL PROBLEMA:</b>							<b>EQUIPO/AREA</b>	
<i>Cuadro Cuadro de maquina i no dos</i>							SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:	
							SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:	
							<i>Nisa Lidibeth Herán P.</i>	
<b>SOLICITADO POR:</b>							<b>FIRMA CONFORME:</b>	
<b>SERVICIO INTERNO</b> <input type="checkbox"/>	<b>SERVICIO EXTERNO</b> <input type="checkbox"/>							
<b>MANO DE OBRA</b>							<b>RECEPCION DEL TRABAJO</b>	
<b>FECHA</b>	<b>CODIGO</b>	<b>HORAS</b>	<b>H.EX</b>	<b>FECHA</b>	<b>CODIGO</b>	<b>HORAS</b>	<b>H.EX</b>	
							<b>ENCARGADO MTO.</b>	
							<b>NOMBRE:</b>	
							<b>FIRMA:</b>	
<b>OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO</b>								

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Fisioterapia → 1' 13.  
Vigilancia → 2.  
Pendientes  
debe estar  
Pendientes  
pendientes  
2

*Yoni Agosto*

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Cubiculo #1*

HORA

FECHA

*15/2/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*UCIP*

**EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

*Chequear tomacorrientes no tiene electricidad*

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

*Denny*

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**

*Yoni / Agosto*

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Consulta Bot*

HORA

FECHA

*15/08/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Fibras de Causson*

*Instalación de Tomacorrientes*

*de Santa Cruz*

**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

- |     |   |   |      |                                       |   |
|-----|---|---|------|---------------------------------------|---|
| ①   |   |   |      | Colocación de (3) termocouplet / tapa |   |
| (2) | " | " | (1)  | Tapa p / termoc.                      |   |
| (3) | " | " | (3)  | Cajas Plásticas p / Tc 110V           | — |
| (4) | " | " | (5)  | Paralelos de 1/2                      | — |
| (5) | " | " | (12) | tamag - azul.                         | — |
| (6) | " | " | (45) | Pies de alambre blanco #10            | — |
| (7) | " | " | (45) | " " " Rep #10                         | — |
| (8) | " | " |      | Tapa negro                            | — |
| "   |   |   |      |                                       |   |

Augusto / goni

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Eco-Cardiograma*

HORA

FECHA

*15/2/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Arreglo de tapa de motor*

**EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

*Manuel P. Ruiz*

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

**MANO DE OBRA**

**RECEPCION DEL TRABAJO**

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

**ENCARGADO MTTTO.**

**NOMBRE:**

**FIRMA:**

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

**OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO**



*Yoni Augusto*

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*oftalmología*

HORA

FECHA

*15/01/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*consulta rec.*

*Cambio de Interruptor*

**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

*S/O Dr. Guillermo Pizarro*

**MANO DE OBRA**

**RECEPCION DEL TRABAJO**

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

ENCARGADO MTTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

① Cambio de (1) interruptor simple c/tape

Augusto Leyeri

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Imagenes*

HORA

FECHA

*16/02/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Cambio de llave de Lavamanos*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

*Joselina*

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 MTTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

1 llave de llavamanos

**ORDEN DE  
SERVICIO**

*1000*  
**SERVICIO NACIONAL DE SALUD**  
**HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL**



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*platería*

HORA

*9:30*

FECHA

*16-02-24*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

**EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

*instalación de cubículos*

SOLICITADO POR:

**FIRMA CONFORME:**SERVICIO INTERNO SERVICIO EXTERNO **MANO DE OBRA****RECEPCION DEL TRABAJO**

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTTO.


NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

**OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO**

Augusto

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

<b>DEPARTAMENTO</b>	Baño 501	<b>HORA</b>		<b>FECHA</b>	19/2/2004
---------------------	----------	-------------	--	--------------	-----------

<b>DESCRIPCION DEL PROBLEMA:</b>  Baño tapado	<b>EQUIPO/AREA</b>
	SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:
	SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

<b>SOLICITADO POR:</b>	Lucía Peña	<b>FIRMA CONFORME:</b>
------------------------	------------	------------------------

<b>SERVICIO INTERNO</b> <input type="checkbox"/>	<b>SERVICIO EXTERNO</b> <input type="checkbox"/>	<i>Jorge Gomez</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**



Agosto

# ORDEN DE SERVICIO

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



No.

### DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Edif. de Madre 2

HORA

FECHA

19/21/2024

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Cambio de sifón

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**

Augusto/ goni

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Salud Mental*

HORA

FECHA

*12/2/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Abrir Puerta*

**EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

FIRMA CONFORME:

SOLICITADO POR:

*Dra/ Santiago*

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**

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	<b>SERVICIO NACIONAL DE SALUD</b>							 <b>SNS</b> SERVICIO NACIONAL DE SALUD	
	<b>HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL</b>								
No.	<b>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO</b>								
DEPARTAMENTO	<i>Quimioterapia I</i>		HORA	<i>8:30</i>		FECHA	<i>12/2/24</i>		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:  <i>chequeo de A/A</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	<i>12/2/24</i>
								HORA	<i>8:30</i>
								ENCARGADO MTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

**OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO**

*an si zen*

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Tenis Nematof*

HORA

FECHA

*12/12/2023*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Reparar Lavamanos esta bebiendo Agua.*

**EQUIPO/ÁREA**

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

*Franchesa Fierde*

SOLICITADO POR:

*Franchesca*

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

**MANO DE OBRA**

**RECEPCION DEL TRABAJO**

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

1. Home de los Monjes



# ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO *Mantenimiento* HORA \_\_\_\_\_ FECHA *12/2/24*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:  
*Sala 501 Pintar Sala*

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

RECEPCION DEL TRABAJO  
FECHA \_\_\_\_\_  
HORA \_\_\_\_\_  
ENCARGADO MTTTO.  
NOMBRE:  
FIRMA:  
*Derlis Asua*

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

**OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO**

*Yoni / Augusto*

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Laboratorio*

HORA

FECHA

*13/02/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Illuminacion*

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 MTTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

- ① Colocación de (1) tubos LED de 18 watts  
 " " " " " " " " " " (usados)  
 ② " " (1) " " " " " " " " " "

Augusto / gony

~~Abast~~

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

Falconia

HORA

FECHA

13/12/2024

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

consultorio #2

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

Cambio de llave de Saumano

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

*[Handwritten Signature]*

**MANO DE OBRA**

**RECEPCION DEL TRABAJO**

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

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

1. No se do los Mon

*Yoni / Augusto*

*Reconstrucción*

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>		<b>SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL</b>						 <b>SNS</b> SERVICIO NACIONAL DE SALUD	
No.		<b>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO</b>							
DEPARTAMENTO		<i>Carita Independencia</i>			HORA		FECHA		<i>13/2/2024</i>
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:							EQUIPO/ÁREA		
<i>Ideminación</i>							SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:		
							SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:		
							<i>ompo de...</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 MTTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

① Reconexión de la línea de alimentación de la Canteína Ind.



*Augusto Lyon*

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Mayordomía*

HORA

FECHA

*13/02/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Valansing Cambio*

**EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

*John Torres*

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

1 llave de lava mano

1 Barbicam

Augusto / Yoni

# ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Sala 328

HORA

FECHA

13/02/2024

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Cambio de vestago

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

V. Feliz

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

*Neumología*

HORA

FECHA

*14/2/2004*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*consulta 2º piso*

*Baño tapado*

**EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

*Sussey*

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

**MANO DE OBRA**

**RECEPCION DEL TRABAJO**

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

**ENCARGADO MTTTO**


NOMBRE:

FIRMA:

*[Signature]*

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

**OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO**

ORDEN DE SERVICIO									
	<p style="text-align: center;"><i>grac</i></p> <b>SERVICIO NACIONAL DE SALUD</b> <b>HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL</b>								
No.	<b>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO</b>								
DEPARTAMENTO	<i>farmacia</i>	HORA		FECHA	<i>14/2/24</i>				
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:				EQUIPO/AREA					
<i>Cambio de puerta ESA PUERTA ERA LA de la FORTOLOGIA</i>				SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:					
				SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:					
SOLICITADO POR:				<i>Yulissa Terren</i>					
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>				SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>					
MANO DE OBRA				RECEPCION DEL TRABAJO					
FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	
								HORA	
								ENCARGADO MTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
<i>Darlic Asun</i>									
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									

**OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO**



**ORDEN DE  
SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

**DEPARTAMENTO**

**HORA**

**FECHA**

*14/2/24*

**DESCRIPCION 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**

*Enilberto Tenorio*

**MANO DE OBRA**

**RECEPCION DEL TRABAJO**

**FECHA**

**CODIGO**

**HORAS**

**H.EX**

**FECHA**

**CODIGO**

**HORAS**

**H.EX**

**FECHA**

**HORA**

**ENCARGADO MTTO.**

**NOMBRE:**

**FIRMA:**

*Darlie Aguirre*

**OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO**

**OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO**

Augusto / epri

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Hemodialisis*

HORA

FECHA

*14/2/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Cambio de llave de lavamano.*

**EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

*Dra. Wilina Delanosa*

SOLICITADO POR:

*Lidia Blanco*

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

**MANO DE OBRA**

**RECEPCION DEL TRABAJO**

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

**ENCARGADO MTTTO.**

**NOMBRE:**

**FIRMA:**

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

**OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO**

Agosto / yoni

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

14-2-24

**DEPARTAMENTO**

Infecctologia

**HORA**

**FECHA**

8:00 Am.

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:**

Infecctologia mt le 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**

*Lu Hernandez*

**MANO DE OBRA**

**RECEPCION DEL TRABAJO**

**FECHA**

**CODIGO**

**HORAS**

**H.EX**

**FECHA**

**CODIGO**

**HORAS**

**H.EX**

**FECHA**

**HORA**

**ENCARGADO MTTTO.**

**NOMBRE:**

**FIRMA:**

**OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO**

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

① Cambio de (4) Baterías AA & Lavado del Censor. —

*curto*

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>	<b>SERVICIO NACIONAL DE SALUD</b>							 <b>SNS</b> SERVICIO NACIONAL DE SALUD
	<b>HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL</b>							
<b>No.</b>	<b>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO</b>							
<b>DEPARTAMENTO</b>	<i>mantenimiento</i>	<b>HORA</b>	<i>8:30</i>	<b>FECHA</b>	<i>14-2-24</i>			
<b>DESCRIPCION DEL PROBLEMA:</b>							<b>EQUIPO/AREA</b>	
<i>Cuadro Cuadro de maquina i no dos</i>							SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:	
							SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:	
							<i>Nisa Lidibeth Heran P.</i>	
<b>SOLICITADO POR:</b>							<b>FIRMA CONFORME:</b>	
<b>SERVICIO INTERNO</b> <input type="checkbox"/>	<b>SERVICIO EXTERNO</b> <input type="checkbox"/>							
<b>MANO DE OBRA</b>							<b>RECEPCION DEL TRABAJO</b>	
<b>FECHA</b>	<b>CODIGO</b>	<b>HORAS</b>	<b>H.EX</b>	<b>FECHA</b>	<b>CODIGO</b>	<b>HORAS</b>	<b>H.EX</b>	
							<b>ENCARGADO MTO.</b>	
							<b>NOMBRE:</b>	
							<b>FIRMA:</b>	
<b>OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO</b>								

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Fisioterapia → 1' 13.  
Vigilancia → 2.  
Pendientes Peshh  
debe estar Peshh  
2



*Yoni Agosto*

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Cubiculo #1*

HORA

FECHA

*15/2/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*UCIP*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

*Chequear tomacorrientes no tiene electricidad*

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

*Denny*

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**

*Yoni / Agosto*

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Consulta Bot*

HORA

FECHA

*15/08/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Filtros Clusson*

**EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

*Instalación de Tomacorrientes*

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

*Señal de Casos*

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

- |     |   |   |      |                                          |   |
|-----|---|---|------|------------------------------------------|---|
| (1) |   |   |      | Colocacion de (3) termocouiente c / tapa |   |
| (2) | " | " | (1)  | Tapa p / termoc.                         |   |
| (3) | " | " | (3)  | Cajas Plasticas c / Tc 110V              | — |
| (4) | " | " | (5)  | Paralelos de 1/2                         | — |
| (5) | " | " | (12) | tamag - azul.                            | — |
| (6) | " | " | (45) | Pies de alambre blanco #10               | — |
| (7) | " | " | (45) | " " " Rep #10                            | — |
| (8) | " | " |      | Tapa negro                               | — |
| "   |   |   |      |                                          |   |

Augusto / goni

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Eco-Cardiograma*

HORA

FECHA

*15/2/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Arreglo de tapa de motor*

**EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

*Manuel P. Ruiz*

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

**MANO DE OBRA**

**RECEPCION DEL TRABAJO**

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

**ENCARGADO MTTTO.**

**NOMBRE:**

**FIRMA:**

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

**OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO**

*Yoni Augusto*

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*oftalmología*

HORA

FECHA

*15/01/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*consulta rec.*

*Cambio de Interruptor*

**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

*S/O Dr. Guillermo Pizarro*

**MANO DE OBRA**

**RECEPCION DEL TRABAJO**

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

**ENCARGADO MTTTO.**

**NOMBRE:**

**FIRMA:**

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

① Cambio de (1) interruptos single c/tapas



Augusto Leyeri

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Imagenes*

HORA

FECHA

*16/02/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Cambio de llave de Lavamanos*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

*Joselina*

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 MTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

1 llave de llaveros

**ORDEN DE  
SERVICIO**

*1000*  
**SERVICIO NACIONAL DE SALUD  
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL**



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*platería*

HORA

*9:30*

FECHA

*16-02-24*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

**EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

*instalación de cubículos*

SOLICITADO POR:

**FIRMA CONFORME:**

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

**MANO DE OBRA**

**RECEPCION DEL TRABAJO**

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTTO.


NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

**OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO**

Augusto

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

<b>DEPARTAMENTO</b>	Baño 501	<b>HORA</b>		<b>FECHA</b>	19/2/2004
---------------------	----------	-------------	--	--------------	-----------

<b>DESCRIPCION DEL PROBLEMA:</b>  Baño tapado	<b>EQUIPO/AREA</b>
	SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:
	SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

<b>SOLICITADO POR:</b>	Lucía Peña	<b>FIRMA CONFORME:</b>
------------------------	------------	------------------------

<b>SERVICIO INTERNO</b> <input type="checkbox"/>	<b>SERVICIO EXTERNO</b> <input type="checkbox"/>	<i>Jorge Gomez</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**

Agosto

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

Edif. de Madre 2

HORA

FECHA

19/21/2024

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Cambio de sifon

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 manuscrita]*

**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**