

Santo Domingo, D. N.
29 ABRIL DEL 2025

Señores : **Dra. Mabel Jones**
Directora Hospital Dr. Robert Reid Cabral
Su Despacho.

Vía : **Lic. Gisel Del Carmen Díaz De Rodríguez**
Administradora Hosp. Dr. Robert Reid Cabral (INTERINA)

Asunto : REMISION INFORME MANTENIMIENTO MES DE ABRIL 2025

Estimados señores

Tenemos a bien remitirles el informe de Mantenimiento correspondiente al **MES ABRIL DEL 2025.**

Att


DARLIN ABREU
Departamento De Mantenimiento
Darlin Abreu


Juan Bernardo Batista Fantacia
ING. JUAN BERNARDO BATISTA FANTACIA
CODIA 16939 •
Supervisor Electromecánico HIRRC

ESTEPHANY PAOLA BERIGUETE FELIZ
Secretaria de Mantenimiento

FECHA: 29 Abril 2025

DATOS GENERALES

Lugar: DCSNS SRS Hospital CPN

***Nombre del lugar:** HOSPITAL PEDIATRICO ROBERT REID CABRAL

Área: MANTENIMIENTO

Nombre de la Actividad: Seguimiento al plan mantenimiento correctivo y preventivo mes de Abril 2025

Código POA (Si aplica): 4.1.1.4.02

INTRODUCCIÓN

RESUMEN DE RESULTADOS: Propios Del Mes Abril 2025

OBJETIVO DEL INFORME

Edificar a la alta gerencia, sobre la marcha del sistema gestión mantenimiento, concerniente a equipos y estructuras.

METODOLOGIA (Si aplica)

Radica en la Supervisión directa de la ejecución en campo y verificación de las OT como evidencia

DESARROLLO / HALLAZGOS

ESQUEMA GENERAL INFORME MENSUAL MANTENIMIENTO.

- INFORME MENSUAL MES DE ABRIL 2025.
- SÍNTESIS PARTICULARIZADA/ UNIDAD DE MANTENIMIENTO.
- RELACIÓN ESTADÍSTICA SISTEMA GESTIÓN MANTENIMIENTO
– SGM-
- INFOGRAMAS
 - 1.- RELACIÓN GENERAL ÓRDENES DE TRABAJO
 - 2.- RELACIÓN OT EJECUTADAS POR UNIDAD MANTENIMIENTO
 - 3.- ÍNDICES COMPARATIVOS OT EJECUTADAS / PENDIENTES /MES
 - 4.- SITUACIÓN DE LA ILUMINACIÓN
- VI. CONTROL OPERACIONAL PLANTAS ELECTRICAS.



MANTENIMIENTO
INFORME MENSUAL
SÍNTESIS TRABAJOS REALIZADOS

TOTAL DE ORDENES REALIZADAS: 97

I. ELECTRICIDAD:

TOTAL OT= 16

- SE SUSTITUYÓ 15 LUMINARIAS TUBULARES LED Y 1 LÁMPARA, EN: RECIÉN NACIDOS, NEUMOLOGÍA, BAÑO DE QUIRÓFANOS, MICROBIOLOGÍA, RAYOS X, CASETA SEGURIDAD.
- MANTENIMIENTO CORRECTIVO VARIADO EN SALA DE 5TO PISO, MICROBIOLOGÍA, SALA 332, SALUD INTEGRAL, ALMACÉN DE MEDICAMENTOS, CARDIOLOGÍA, SALA 436, RAYOS X, QUEMADOS-VESTIDOR, DE ENFERMERAS, DERMATOLOGÍA.
- INSPECCIÓN, PRUEBAS, OPERACIÓN DE PLANTA ELÉCTRICA.

II. FONTANERIA:

TOTAL OT = 15

- SE APLICÓ MANTENIMIENTO CORRECTIVO A SANITARIOS, BAÑOS, LAVAMANOS, DUCHAS, LÍNEAS Y ESTACIÓN DE BOMBEO DE AGUA EN: COSTURA, BAÑO DE PASILLO (SALÓN MIRANDA), SALA DE GASTRO, PRENATAL, URGENCIA, CONSULTA EXTERNA, QUIRÓFANO, IDAN, SALA 328, NEFROLOGÍA 4TA, BAÑO COCINA, INFECTOLOGIA, QUEMADOS, SALA 330.

III. CERRAJERÍA:

TOTAL OT = 4

- CAMBIO DE CANDADO Y PORTA CANDADO, A CARRO DE PARO EN NEUROCIRUGÍA.
- SUSTITUCIÓN LLAVÍN EN NUTRICIÓN ESPECIAL.
- OTROS EN HEMODIÁLISIS Y NEUROCIRUGÍA.

IV. PINTURA:

TOTAL OT = 3

- PINTURA APLICADA EN PASILLO DE IMÁGENES, FISIATRÍA Y ESCALERA EDIFICIO PRINCIPA



V. ALBAÑILERÍA:

TOTAL OT = 4

- SE REPARÓ TECHO DE FISIATRÍA.
- REPARACIÓN DE TECHO EN UNIDAD INTEGRAL.
- CONSTRUCCIÓN DE PUERTA EN ACTIVO FIJOS
- REGISTRÓ DE COCINA MANTENIMIENTO.

VI. ACONDICIONADORES DE AIRE

TOTAL OT = 30

- MANTENIMIENTO CORRECTIVO DIVERSOS EN: CARDIOLOGÍA CONSULTAS, ATENCIÓN AL USUARIO, CENTRO DE DATOS, SALA 201, SUB-DIRECCIÓN, ATENCIÓN AL USUARIO, GASTRO, NEUMOLOGÍA, SALA 301, RECURSOS HUMANOS, FISIOTERAPIA, MICROBIOLOGÍA, ATENCIÓN INTEGRAL, LABORATORIO, HEMODIÁLISIS, QUIRÓFANO, VACUNA, EMERGENCIA, NUTRICIÓN ESPECIAL, ATENCIÓN INTEGRAL, PEDIATRÍA R-1, NEUROLOGÍA, ESTAR DE MÉDICOS QUIRÓFANOS, LEGAL.

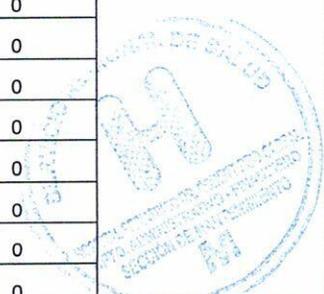
**VII. ORDENES DIFERIDAS O PENDIENTES DE MARZO EJECUTADAS- DISCIPLINAS
CONJUNTAS:**

TOTAL = 25



RELACION ESTADISTICA SISTEMA GESTION MANTENIMIENTO (SGM)

ITEM	AREA	OT GENERADAS	OT EJECUTADAS	OT PENDIENTES	INDICE EJECUCION %	INDICE PENDIENTE %
1	CARDIOLOGIA 430/436	2	2	0	100	0
2	ATENCION AL USUARIO	2	2	0	100	0
3	COMPUTO	1	1	0	100	0
4	SALA 201	2	2	0	100	0
5	SUB-DIRECCION	1	1	0	100	0
6	GASTRO	3	2	1	67	33
7	NEUMOLOGIA	1	1	0	100	0
8	RECURSOS HUMANOS	1	1	0	100	0
9	FISIOTERAPIA	1	1	0	100	0
10	MICROBIOLOGIA	3	3	0	100	0
11	ATENCION INTEGRAL	4	4	0	100	0
12	LABORATORIO	2	1	1	50	50
13	HEMODIALISIS	2	2	0	100	0
14	QUIROFANOS 8/4/7/5	4	4	0	100	0
15	VACUNA	1	1	0	100	0
16	EMERGENCIA	2	2	0	100	0
17	FARMACIA EMERGENCIA	1	1	0	100	0
18	NUTRICION ESPECIAL	2	2	0	100	0
19	HABITACION RESIDENTES	1	1	0	100	0
20	NEUROCIURUGIA	4	3	1	75	25
21	ESTAR MEDICO	1	1	0	100	0
22	LEGAL	1	1	0	100	0
23	COSTURA	1	1	0	100	0
24	BAÑO PASILLO SALON MIRANDA	1	1	0	100	0
25	PRENATAL	1	1	0	100	0
26	URGENCIA	1	1	0	100	0
27	CONSULTA EXT	1	1	0	100	0
28	QUIROFANO	2	2	0	100	0
29	IDAN	1	1	0	100	0
30	SALA 328	1	1	0	100	0
31	NEFROLOGIA	1	1	0	100	0
32	BAÑO COCINA	1	1	0	100	0
33	RAYOS X	1	1	0	100	0
34	RECIEN NACIDO	1	1	0	100	0



35	BOMBA #1	1	1	0	100	0
36	SALA 332	1	1	0	100	0
37	IMAGEN REYOS X	1	1	0	100	0
38	ALMACEN MEDICAMENTOS	1	1	0	80	20
39	CASETA SEGURIDAD	1	1	0	100	0
40	INFECTOLOGIA HOSPITALIZACION # 7	2	1	1	50	50
41	QUEMADOS	1	1	0	100	0
42	SALA 330	1	1	0	100	0
43	QUEMADO VESTIDOR	1	1	0	100	0
44	NEUMOLOGIA CONSULTAS	1	1	0	100	0
45	DERMATOLOGIA	1	1	0	100	0
46	SALA 5TO PISO	1	1	0	100	0
N		68	64	4	94%	6%

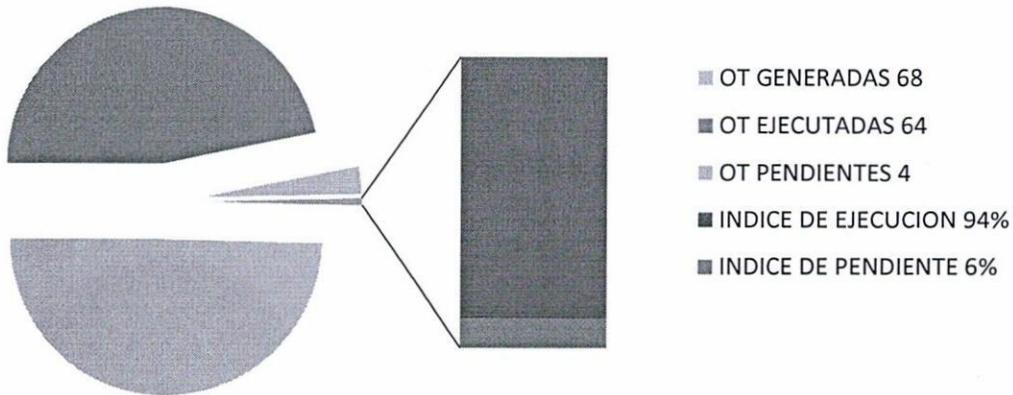


HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT RIED CABRAL
GESTION MANTENIMIENTO
PARTICIPACION DE TECNICOS EN EJECUCION DE ORDENES DE TRABAJOS

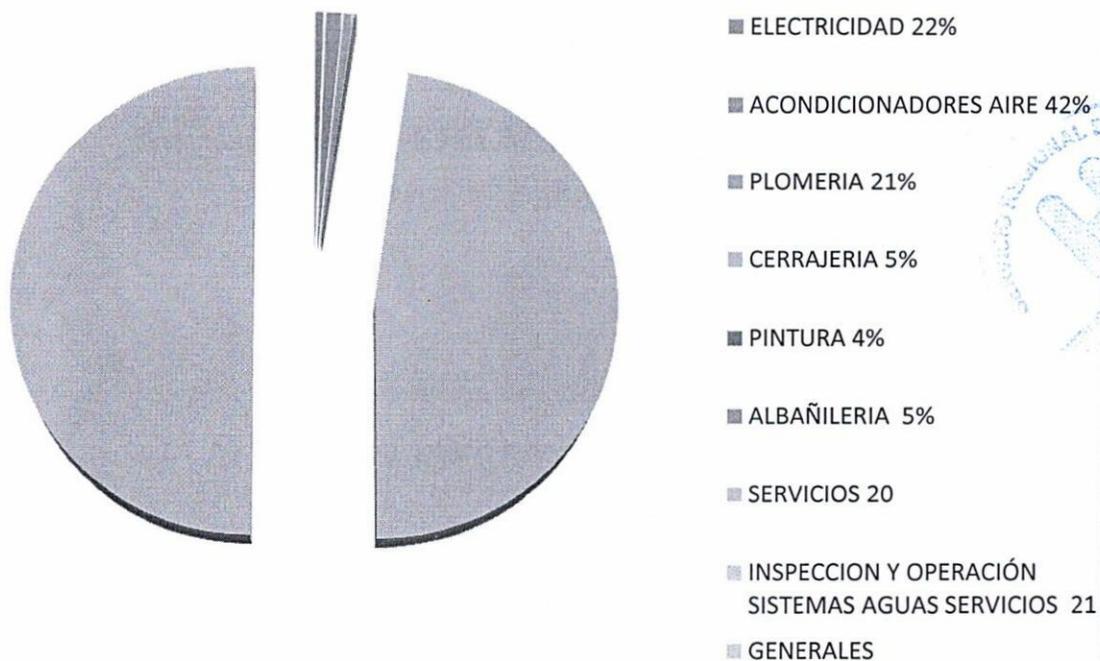
ITEM	DESCRIPCIÓN/NOMBRES	CODIGOS	OT EJECUTADAS	% EJECUCIÓN	OPERACIONES SISTEMAS VITALES
A	GERENCIA		N/A	N/A	N/A
1	DARLIN ABREU	M-01	N/A		
2	BERNARDO BATISTA	M-I	N/A		
3	ESTEPHANY P. BERIGUETE F.	MS-17	N/A		
B	STAFF				
I.	ACONDICIONADORES DE AIRE				
1	PEDRO	MAA-15	30	33%	
2	ANGEL	MAA16	30	33%	
II.	ELECTRICIDAD				
1	YONI MONTILLA	MEB-3	16	17.7%	
2	JOSE LUIS DOMINGUEZ	ME-4		N/A	
3	CESAR ZAPATA	MEB-5		N/A	
4	ANGEL RADAMES	MEB-6		N/A	
5	SAMUEL RODRIGUEZ	MEB-7		N/A	
6	AUGUSTO	MEB-8	16	17.7%	
III.	PLOMERIA				
1	LUIS ANTUNA	MP-10		N/A	
2	AUGUSTO	MN-11	15	16.7 %	
3.	YONI		15	16.7%	
IV.	ALBAÑILERIA				
1	JUAN RAMON PERALTA	MA-12	4	4.4%	
2.	EURISPIDE VOLQUEZ MATOS	ME-9	4	4.4%	
V.	CERRAJERIA				
1	JOSE VISAEL	MC-14	4	4.4%	
2.	ABELINO	MT-18	4	4.4%	
VI.	PINTURA				
1	MIGUEL MONTERO	MPI-19	3	3.3%	
2.	NICOLAS TORRES	MPI-20	3	3.3%	
VII.	SERVICIOS GENERALES				
1		MG-22			
2		MG-21			
3		MG-23			
	TOTAL		90		

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

RELACION /ORDENES DE SERVICIOS



RELACION OT EJECUTADAS POR UNIDAD MANTENIMIENTO

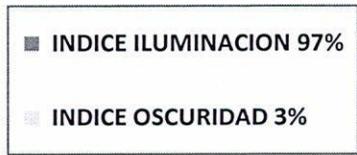
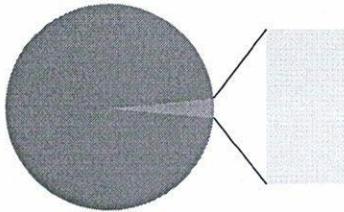


ILUMINACIÓN

I. INTERIORES

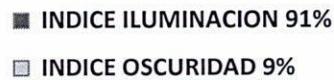
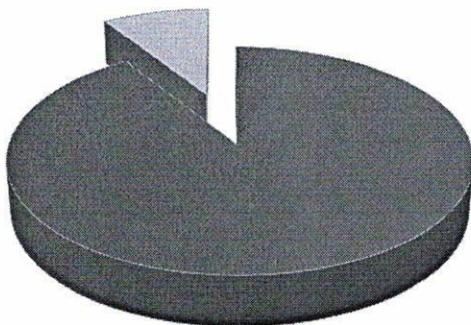
1. EDIFICIO PRINCIPAL

TOTAL DE LUMINARIAS: 3750
TOTAL ENCENDIDAS: 3635
TOTAL QUEMADAS: 115

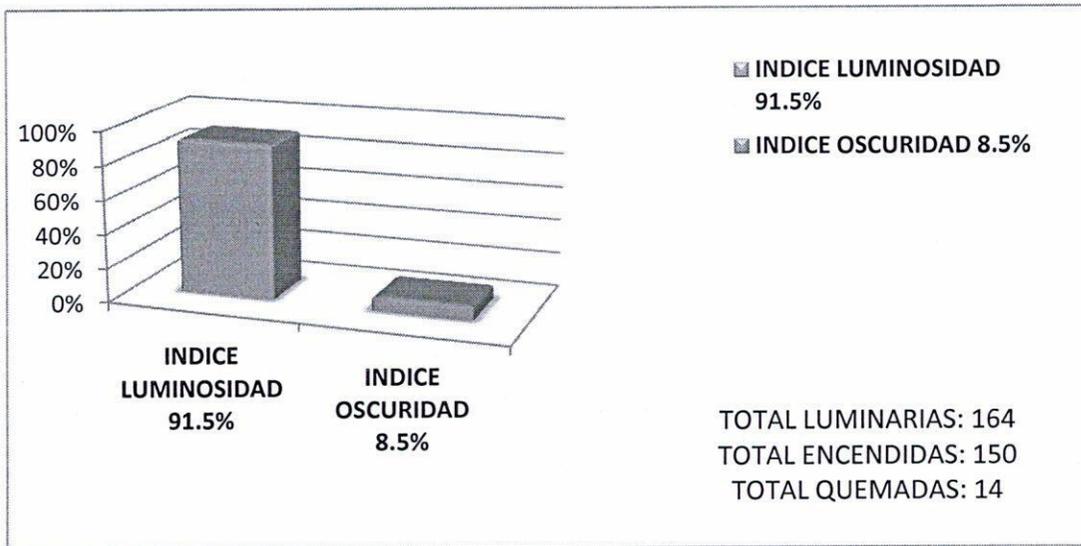


2. EDIFICIO CONSULTAS

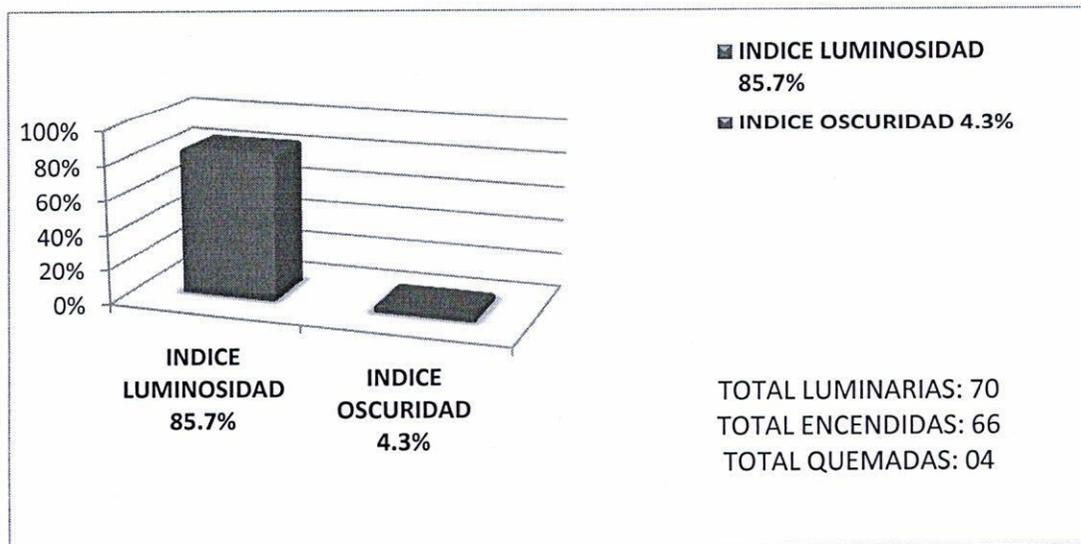
TOTAL LUMINARIAS: 766
TOTAL ENCENDIDAS: 700
TOTAL QUEMADAS: 66



3. UNIDAD INTEGRAL

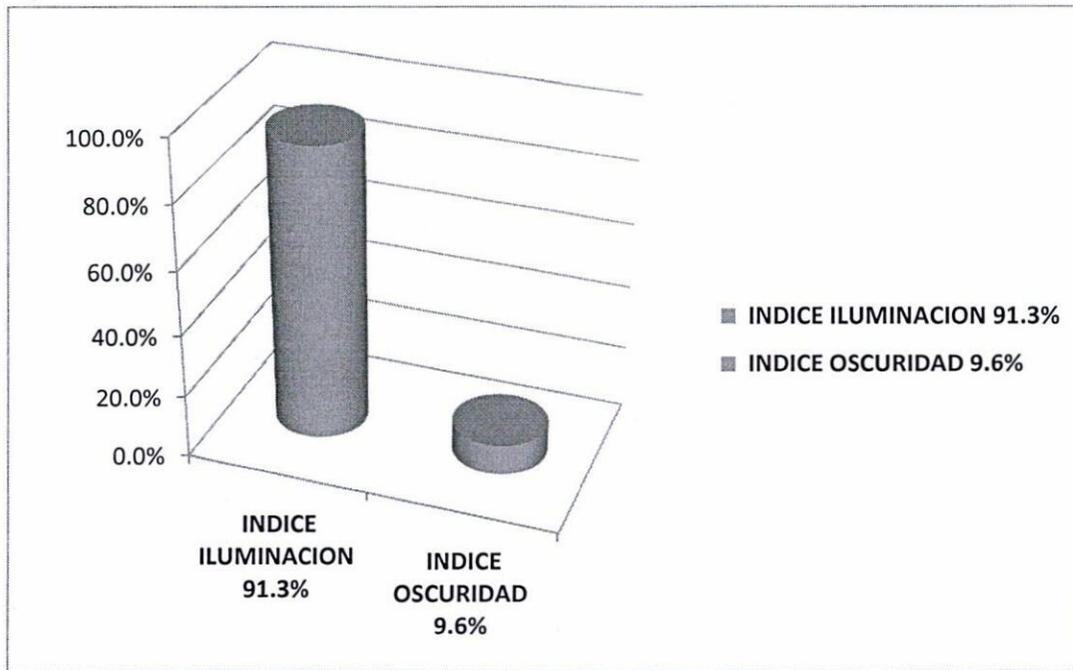


4. EDIFICIO MULTIPLES OESTE





TOTAL INTERIOR



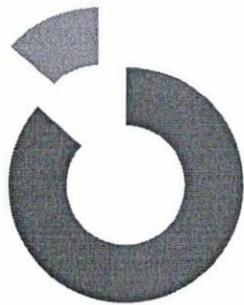
II. EXTERIORES

ILUMINACIÓN

TOTAL LAMPARAS: 74

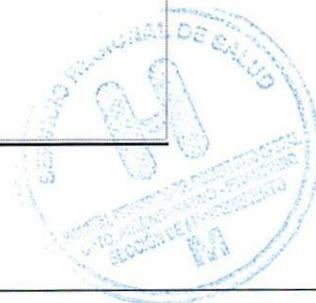
TOTAL ENCENDIDAS: 64

TOTAL APAGADAS: 10

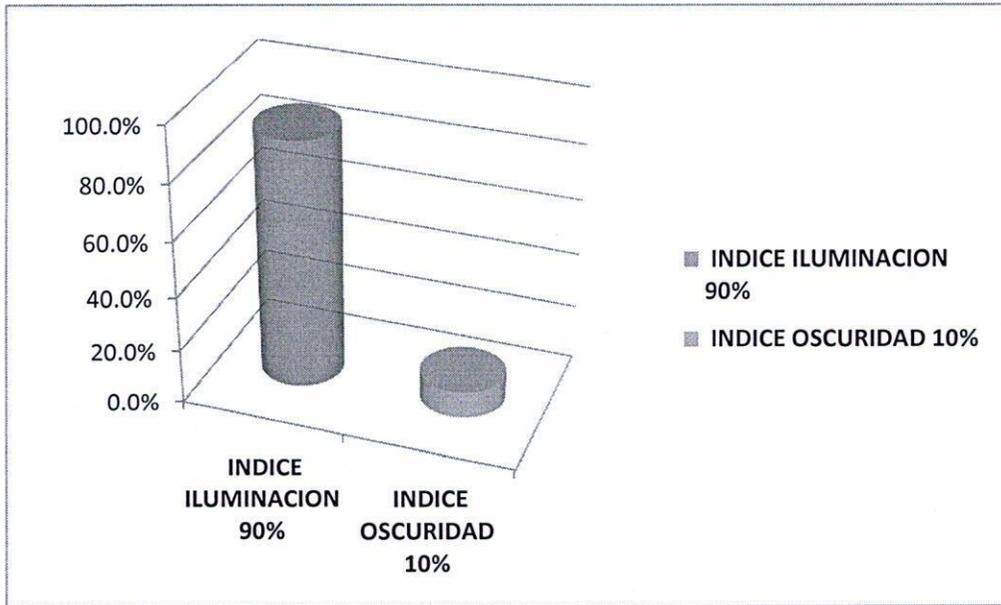


■ INDICE ILUMINACION 86.5%

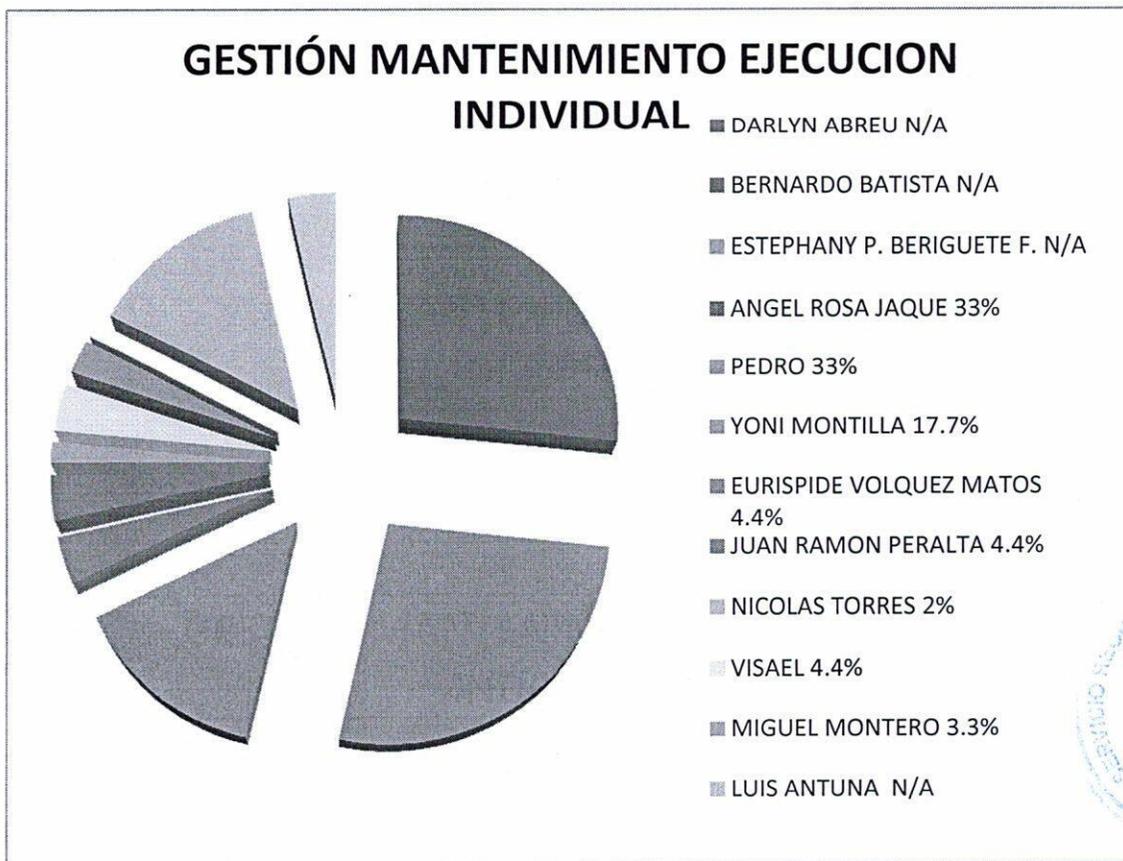
■ INDICE OSCURIDAD 13.5%



III. TOTAL GENERAL



GESTIÓN MANTENIMIENTO EJECUCION INDIVIDUAL



RESULTADOS / CONCLUSIONES

LAS ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO EN GENERAL, FUERON FLUIDAS Y CONTANTES A TRAVES DE LAS DIFERENTES DISCIPLINAS NO OBSTANTE, EL ALCANCE DEBE SER MAYOR.

EL TOTAL DE OT EJECUTADAS FUE DE: 72

- La Participación Relativa Porcentual Por Unidad De Mantenimiento Fue:
- Electricidad : 22%
- Acondicionador de Aire:42%
- Plomería:21%
- Cerrajería: 5%
- Pintura: 4%
- Albañilería: 5%

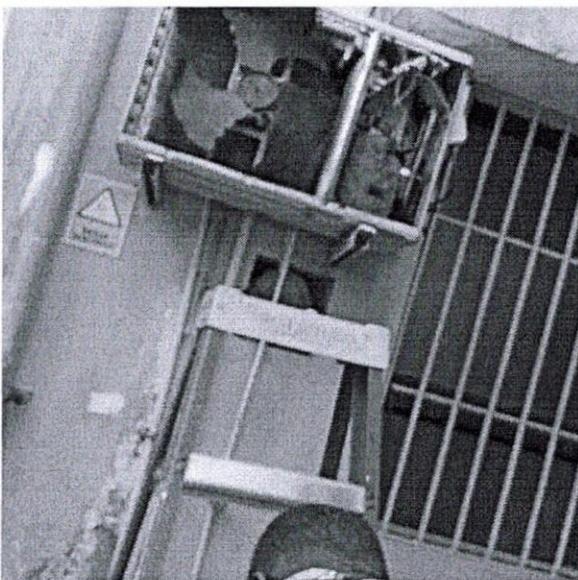
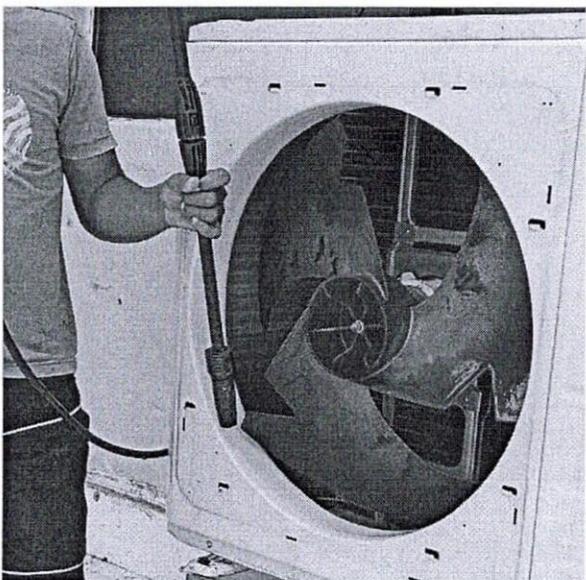
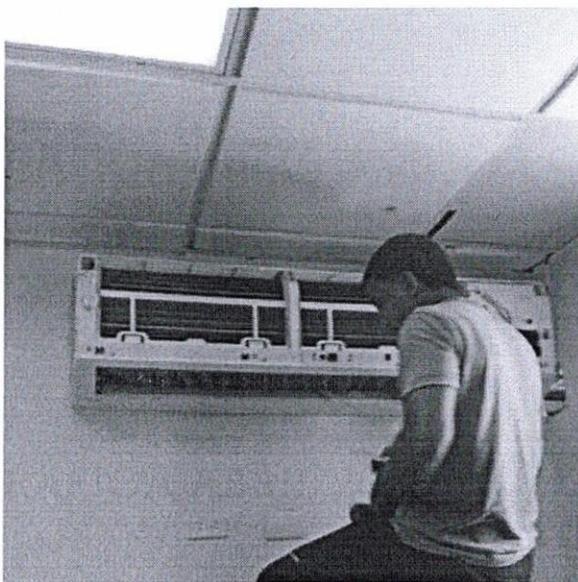
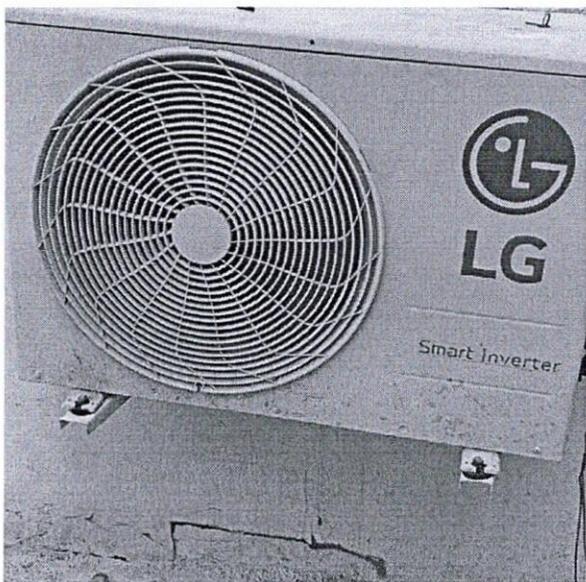
RECOMENDACIONES

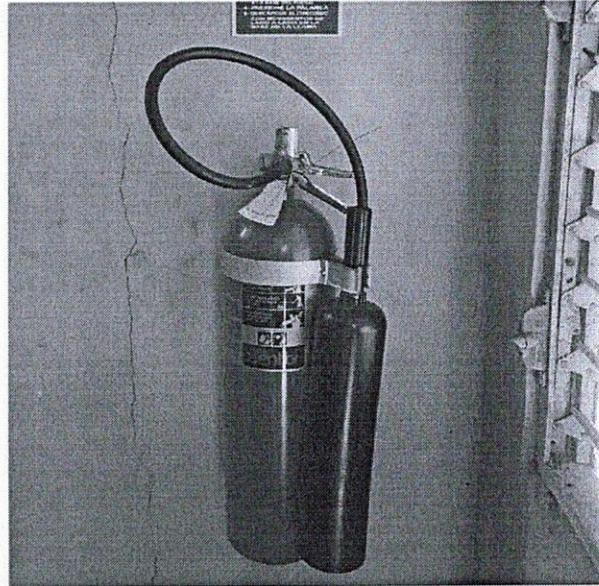
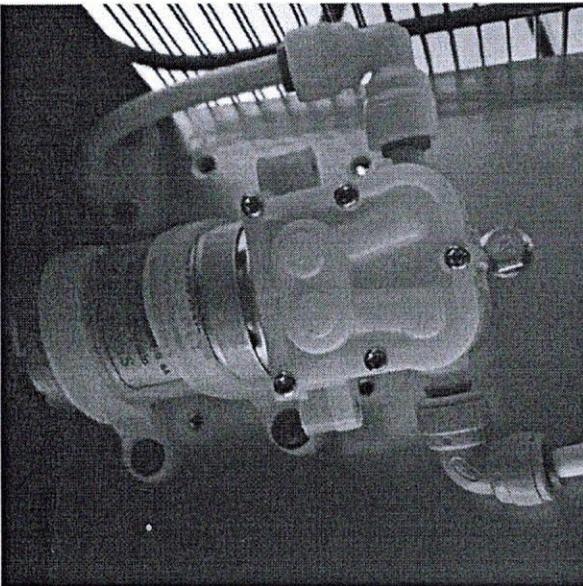
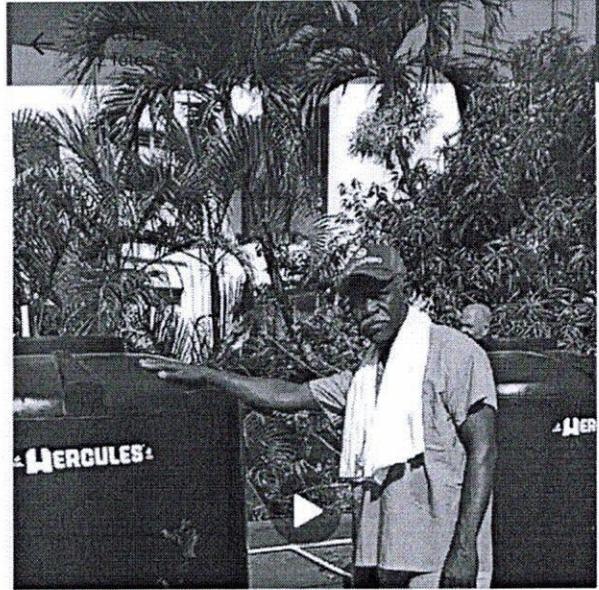
1. Ejecutar Pendientes Preventivos De Servicio Mantenimiento Externo: Transformadores/Muffler De Planta Eléctrica

ANEXOS (Si aplica)



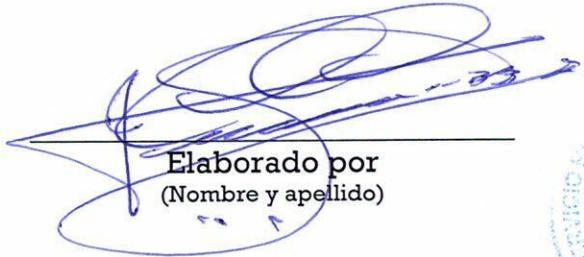
MUESTRA FOTOGRAFICA ABRIL 2025

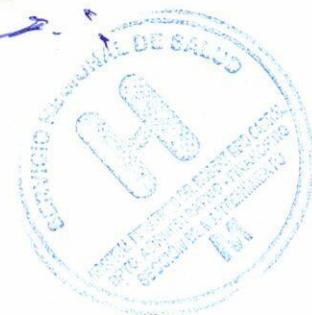




Instrucciones de llenado:

***Indique nombre del lugar:** Este campo sólo aplica para SRS, Hospital y CPN.


Elaborado por
(Nombre y apellido)



CONTROL OPERACIONAL PLANTAS ELECTRICAS

PLANTAS	CAPACIDAD KW	PRUEBAS FRIAS	VECES EN LINEA	TIEMPO EN LINEA (HORAS)	TIEMPO ACUMULADO OPERACIÓN (HORAS)	GENERADOS KWH	CONSUMO GAS-OIL (BTU)	EFICIENCIA %	ARRANQUES ACUMULADOS	OBSERVACIONES ESTATUS
VOLVO PENTA	500	3	1	0.05	11.75	251	20gls	75%	1716	FUERA DISPONIBLE NORMAL
CATERPILAR	x	X	x	X	X	X	X	X	X	FUERA NO DISPONIBLE
PARTECH DEERE	x	X	x	X	X	X	X	X	X	FUERA NO DISPONIBLE

NOTA: LE FUE CAMBIADA TARIETA COMPUTADORA POR LO QUE SE REINICIO.



PROTOCOLO DIESEL OIL CAPACIDAD ALMACENAMIENTO/EXISTENCIA DE CONTENIDO

I.	CONTINENTE	CONTENIDO		EXISTENCIA -- GLS --	FECHA	RECIBIDOS
		CAPACIDAD MT3= GLS				
1	TANQUE PRINCIPAL	V=5.65MT3 1491.6 GLS		373	29/4/2025	
2	TANQUE DIARIO PLANTA VOLVO-PENTA	V= 0.42 MT3 110.88 GLS		100	29/4/2025	
3	TANQUE DIARIO PLANTA CATERPILAR	V= 1.1 MT3 290GLS		X	29/4/2025	
4	TANQUE DIARIO SPARTECH DEREE (COPRESIDA).	187GLS		X	29/4/2025	
II.	OBSERVACIONES	EL GAS OIL ALMACENAMIENTO EN TANQUE DIARIO DE PLANTA SPARTECH DEBE ANALIZARSE ANTES DE USO.				

* * * *



Augusto / yoni

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Castura

HORA

FECHA

1/4/2025

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Chequear lavamanos esta Goteando
Agua Abajo.

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

Lme Alt. P. J. 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

ORDEN DE SERVICIO

Jonh / Augusto

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Cardiología 436

HORA

FECHA

1/4/2025

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Abria Cardado

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Lidia / Jimenez

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

Yoni / Augusto

**ORDEN DE
SERVICIO**

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Rayo x

HORA

FECHA

1/4/2025

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Instalación de Tomacorriente

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

Alcoba del valle

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

Pedro / Angel / Vival / Abelino

ORDEN DE SERVICIO

No.

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



DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO *Consul. Cond. de* HORA *12:00* FECHA *1/4/25*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Desape topado p/so

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

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

[Handwritten signature]

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

Claudia del



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

ENCARGADO M.T.O.
NOMBRE:
FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Pedro / Angel / Visael / Abelino

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

20-19

HORA

11:20

FECHA

1/4/25

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Creaques de 10 / 10

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	H
HORA	
ENCARGADO MTO	
NOMBRE	
FIRMA:	

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Visa

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Neuro-Cirugía

HORA

FECHA

1/4/2025

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Instalar candado y portacandado a
Carro de paro

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Ticoh/Chico

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 MTTD.

NOMBRE:

FIRMA:

Darlin A. Su

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Pedro Angel / Visaef / Abelino

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

DEPARTAMENTO	<i>data centros</i>	HORA	<i>9.30</i>	FECHA	<i>2/4/25</i>
---------------------	---------------------	-------------	-------------	--------------	---------------

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

Sin los electros osados 8/16

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

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

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

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO



Pedro / Angel / Visael / Abelino

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Atencion al usuario

HORA

9:10

FECHA

2/4/25

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

Simos electricos quemado 16/10

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

Fuero Mercedes L.

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

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

FECHA	
HORA	
ENCARGADO MTTO.	
NOMBRE:	
FIRMA:	

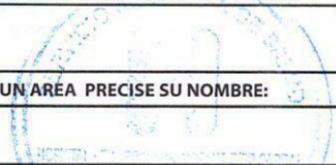


OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Pedro / Angel / Misael / Abelino

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

DEPARTAMENTO	<i># 201</i>	HORA	<i>9:00</i>	FECHA	<i>2/4/25</i>
---------------------	--------------	-------------	-------------	--------------	---------------

DESCRIPCION DEL PROBLEMA: <i>lineas electricas quemadas A/B</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>Domingo Muezo</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

Padro / Angel / Viocef / Abelino

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

No.

DEPARTAMENTO

Atención al usuario

HORA

12:00

FECHA

2/4/25

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA: A# usuario

EQUIPO/ÁREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

Mantenimiento de H/P

FIRMA CONFORME:

SOLICITADO POR:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

RECEPCIÓN DEL TRABAJO

MANO DE OBRA

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

FECHA HORA ENCARGADO MTTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO



Padro / Angel / Visael / Abelino

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

No. _____ HORA *9:00* FECHA *3/4/25*

DEPARTAMENTO *gastrologia* EQUIPO/AREA

DESCRIPCION DEL PROBLEMA: _____ SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

_____ SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

_____ FIRMA CONFORME:

cheques de B/A

SOLICITADO POR: _____ *Lic. Castillo*

SERVICIO INTERNO SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA RECEPCION DEL TRABAJO

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

ENCARGADO MTTO. NOMBRE:

FIRMA:

...ACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Augusto / goni

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Sala Gastio

HORA

FECHA

3/4/2025

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Cambio de Lavamano (se Rompio)

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Jicda / Castillo

FIRMA CONFORME:

Jic Castillo

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

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

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Augusto / Yemi

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Planta Baño

HORA

FECHA

3/4/2025

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Salón Miranda

EQUIPO/AREA

Chequear Baño esta rotando Agua

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Margelita

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

gomi / Agosto

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Recien nacido

HORA

FECHA

3/4/2005

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Iluminación

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

Rob. Cuello

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

IONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Padro / Angel / Visael / Abelino

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

No.

DEPARTAMENTO

HORA

10:30

FECHA

3/4/23

EQUIPO/AREA

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Defecto de pastillas

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

cheques de p/b

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

[Signature]

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

RECEPCION DEL TRABAJO

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

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

TRABAJO REALIZADO

SO



Padro / Angel / Visael / Abelino

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

Consulta **DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

Neumología

HORA

12:00

FECHA

3/4/25

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

Limpieza de filtros de 10/10

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

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

[Signature]

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA **H**

HORA **H**

ENCARGADO MTO.

NOMBRE: CLINICAS
NEUMOLOGIA
COORDINADOR

FIRMA: **M**

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO A DORSO

Lea

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Prenatal

HORA

FECHA

4/4/2025

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Cambio de valansing

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Daia Perdomo

FIRMA CONFORME:

4/4/25
Da Perdomo

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

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Pneumología

HORA

FECHA

4/4/2025

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

consultas

Illuminación

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

22/4/25

HORA

ENCARGADO MTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

PERANA X Wirma

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Mantenimiento

HORA

8AM

FECHA

5-4-25

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

isieron dos Puerta
Com Pre TA PAVA; ATIVO FISO

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



Miguel y Marata

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Mantenimiento

HORA

8AM

FECHA

6-21-25

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

PA cillo completo de imágenes

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 MTTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO



PERAXTA Y WISMA

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

DEPARTAMENTO	<i>mantenimiento</i>	HORA	<i>8Au</i>	FECHA	<i>6-4-24</i>
---------------------	----------------------	-------------	------------	--------------	---------------

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:
PREPARACION de TECHO EN FISIATRIA

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: *Darío...*



OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Yoni / Augusto

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Sala 5^{to} piso

HORA

FECHA

6/3/2023

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Enfermera -

Chequear Iluminación y tomoc.

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Lidia Peña / Jimenez

FIRMA CONFORME:

[Firma]

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

25/4/23

HORA

ENCARGADO MTTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Pedro / Angel / Virael / Abelino

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

#302

HORA

12:00

FECHA

7/4/25

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

Unos electricos desde 1/6/25

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

Jonny Mendez

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

Augusto

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Consulta Ext.

HORA

FECHA

8/4/2025

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Consutorio

Baño tapado

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Des/ Landray

FIRMA CONFORME:

Jacqueline

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

1er Agosto

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Bomba #1

HORA

FECHA

8/4/2025

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Cambio de Cheaker Vertical

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

Darlin Abreu

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Podro / Angel / Visael / Abelino

ORDEN DE SERVICIO

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



No.:

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Recurso humano

HORA

11:00

FECHA

8/4/25

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

Reparacion de ducto A/B

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 MTTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Pedro / Angel / Israel / Abelina

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Psicoterapia

HORA

10:22

FECHA

8/7/25

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

mantenimiento de H/A



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

Augusto / Jero

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Quinofano

HORA

FECHA

9/4/2005

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Regadero Tapado

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

Jero

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H. EX	FECHA	HORA
								<i>9/4/25</i>	<i>09:50 Am</i>
								ENCARGADO MTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Augusto / yomi

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

IDAN (matrón)

HORA

FECHA

9/4/2005

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Consulta Ret

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

Cambio de balbula

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 MTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Augusto / yoni

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

sala 328

HORA

FECHA

9/4/2025

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Lavamanos Tapado.

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Licda / Gaston

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

Licda Cristina Gaston

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

Pedro / Angel / Visael / Abelino

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

microbiología

HORA

9:00

FECHA

9/4/25

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Cheques de 10/10

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



Pedro / Angel / Gisela / Abelino

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

microbiología

HORA

11:30

FECHA

9/4/ES

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Compa de Reparamento 40ra

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 M.TTO.

NOMBRE:

FIRMA:



OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Augusto /

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Nefrología 4^{ta}

HORA

FECHA

10/4/2025

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Lavamanos tapado

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Licda / Rodriguez

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

Av. Santana

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

Pedro / Angel / Crisael / Abelino

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Laboratorio

HORA

9:00

FECHA

10/14/25

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

chequeo de 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

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

Padre / Angel / Vival / Abelino

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

atencion integral

HORA

10:00

FECHA

10/4/25

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

Checkeo de A/B

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

Lucy Man n. 672

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

Peralta y Wirma

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Mantenimiento

HORA

8AM

FECHA

10-4-25

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

con precidad RRA PARACION
del Techo

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

FIRMA CONFORME:

SOLICITADO POR:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

[Handwritten signature]

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO



Yoni / Augusto

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO *Sala 332* HORA FECHA *10/4/2005*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:
Cambio de Interruptos

EQUIPO/AREA
SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:
SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:
P. Lopez

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

Miguel y Karolita

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

FISIOTERAPIA

HORA

8AM

FECHA

13-4-25

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

PINTARON TODO
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:

Darwin

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

ORDEN DE SERVICIO

Yoni / Augusto

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Cirugía Quirófano

HORA

FECHA

14/8/2005

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Iluminación

1 Banco

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

Nairubi A. Rojas G. ped.

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

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

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

yoni / Augusto

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Microbiología

HORA

FECHA

14/4/2005

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

chequear tomacorriente

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Luchy

FIRMA CONFORME:

Scarlette WRSOS

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

Padro / Angel / Misael / Abelino

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Multimedia exact

HORA

12:00

FECHA

16/4/23

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

Desague tapado A/B



SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

Francisco E.

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

Pedro / Angel / visael / Angel

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Electricidad

HORA

10:00

FECHA

16/4/20

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

chequeo de A/B

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

Pedro / Angel / Visael / Angel

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Farmacia enfermeria

HORA

9:00

FECHA

16/4/25

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

Checkeo de p/a

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

Keave
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

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

ENCARGADO MTO.
NOMBRE:
FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Pedro / Angel / Gisell / Abelino

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

emergencia

HORA

9:00

FECHA

16/4/25

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

Mantenimiento a filtro N/O

FIRMA CONFORME:

Leonel Carrasal

SOLICITADO POR:

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

PEXARTA Y WISMA

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Mantenimiento

HORA

8AM

FECHA

19-4-25

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

limpieza de Resivo de LA COCINA

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:

Darwin

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Augusto / Yomi

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO	Baño Cocina	HORA		FECHA	21/4/2025
--------------	-------------	------	--	-------	-----------

DESCRIPCION DEL PROBLEMA: Chequear lavamanos esta botando mucha agua	EQUIPO/AREA
	SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:
	SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

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

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

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Augusto / yoni

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Castro

HORA

FECHA

21/4/2005

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Chequear lavamano (Manguera de
bajo) Pista*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Lidia / Castillo

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 MTO.
								NOMBRE:
								FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Pedro / Angel / Visael / Abelino

**ORDEN DE
SERVICIO**

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

atención integral

HORA

10:00

FECHA

22/4/25

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

Intero tapado a/p

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

Adelina...
RECIBO DE ATENCIÓN
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL
DIVISION DE ESPECIALIDADES
ENFERMERAS
ATENCION EN CONSULTA
M

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

Lea / Augusto / Geni

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Salud Integral

HORA

FECHA

22/4/2005

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Reparación cable eléctrico

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 MTTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

Darío Asun

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

yom / Agosto

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Microbiología

HORA

FECHA

22/4/2025

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Iluminación

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Doraliza

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

Visa

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Mantenimiento

HORA

11.00

FECHA

22/4/25

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

Cambio de Alambre

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

F. [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

Pedro / Angel / Visael / Abelino

ORDEN DE SERVICIO	SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL						 SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD		
No.	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO								
DEPARTAMENTO	<i>Reparación RT</i>			HORA	<i>11:00</i>		FECHA	<i>27/4/25</i>	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA: <i>Desague tapado de agua</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>D. Torres Cabral</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									

Pedro / Visael / Angel / Abelino

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL				 SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD	
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO					
DEPARTAMENTO		<i>atención integral</i>		HORA	<i>10:00</i>	FECHA	<i>22/4/25</i>
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:						EQUIPO/AREA	
<i>Carga de Refrigerante 310/p/b</i> <i>4 libras</i>						SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:	
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:	
SOLICITADO POR:		FIRMA CONFORME:					
<input type="checkbox"/> SERVICIO INTERNO		<input type="checkbox"/> SERVICIO EXTERNO				<i>Adriana Ortega</i>	
MANO DE OBRA							
FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO						RECEPCION DEL TRABAJO	
						FECHA	
						HORA	
						ENCARGADO MTTO.	
						NOMBRE:	
						FIRMA:	



Yoni / Augusto

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Imagen (Rayos X)

HORA

FECHA

23/4/2025

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Iluminación

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

[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

ORDEN DE SERVICIO

17 de Agosto
SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Unidad de Mantenimiento

HORA

FECHA

22/4/2025

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Chequear Interruptor

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Luzia Hernandez

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

Luzia Hernandez

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

Ypmi / Augusto

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Caseta Seguridad

HORA

FECHA

22/4/2025

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Iluminación

Tavera

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

Darlin Asun

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Pedro / Angel / visael / Abelino

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

muratapo

HORA

10:00

FECHA

23/4/25

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

3 tubo

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Carpeta de Depuracion 4/10/10/A

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

- Génesis B. Hernández

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

Pedro / Angel / Vinel / Abelino

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Estos médicos

HORA

14:45

FECHA

23/4/25

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

3 libros

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

Carga de Refrigerador R410/140/p

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

23/4/25

HORA

14:00

ENCARGADO MTTD.

NOMBRE:

Sto. Staro

FIRMA:

[Signature]



OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Pedro / Visael / Abelino / Angel

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Lypal

HORA

11:00

FECHA

23/4/25

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

casita de refrigerador 2 bno

10/10

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

Augusto / Yoni

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Infectología

HORA

FECHA

23/4/2025

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Hospitalización # 7

Baño tapado

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

J. Ferrera

SOLICITADO POR:

Ferrera

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

Yoni / Augusto

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO Quemados **HORA** 11:00 **FECHA** 23 IV 25

DESCRIPCION DEL PROBLEMA: VESTIDOR ENFERMEAS.

FALLA ELECTRICA

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

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR: Lic. Areas

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

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

RECEPCION DEL TRABAJO
FECHA 24/4/25
HORA
ENCARGADO MTTTO.
NOMBRE:
FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Augusto / Yoni

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO QUEMADOS **HORA** 11:05 **FECHA** 23 IV 25

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:
EN BAÑO
FUEZA AGUA 24 VES

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

SI ES UN AREA, PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR: Lds. Arias

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

Vísual

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

DEPARTAMENTO	<i>Enfermería</i>	HORA	<i>11:00</i>	FECHA	<i>24/4/25</i>
--------------	-------------------	------	--------------	-------	----------------

DESCRIPCION DEL PROBLEMA: <i>Reparación de Dignat</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>e. Lavos</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

Yoni / Augusto

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Nefrología 4ta

HORA

FECHA

24/8/2025

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Iluminación

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

Dra. De la Rosa B -

SOLICITADO POR:

Adela

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

Sea / Augusto / Joni

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO *Bomba de emergencia* HORA FECHA *24/3/2025*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:
Reparación de bomba de succión grande.

EQUIPO/AREA
SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR: SERVICIO INTERNO SERVICIO EXTERNO

FIRMA CONFORME:

MANO DE OBRA

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

ENCARGADO MTTO.
NOMBRE:
FIRMA: *Dario Adu*

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

cfoni

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

HORA

FECHA

24/3/2005

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

Cambio de contactor (para Bombeta de Emergencia)

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

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

ENCARGADO M.TTO.

NOMBRE:

FIRMA:



OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Agosto

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Oncología 202

HORA

FECHA

24/3/2025

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

chequear lavamano Goterando Abajo

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Jorda/Rivera

FIRMA CONFORME:

Luis De la Rosa

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

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

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Yoni / Augusto

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Dermatología

HORA

FECHA

24/4/2025

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

consulta Ext

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

Instalacion de canaleta

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

Jacques Encarnación

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

Agosto / junio

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Sala 330

HORA

FECHA

25/4/2025

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Reparación 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

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

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

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

He gordon

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

yoma / Augusto

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Hospital del Día

HORA

FECHA

25/3/2025

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Illuminación

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

D' La Rosa

FIRMA CONFORME:

Lic D' La Rosa

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

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

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

1-1-3 Sea / Agosto / yoni

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No. DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO *Baño Consulta 207* HORA *2do nivel* FECHA *25/3/2025*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:
Reparación de baño completo

EQUIPO/AREA
SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:
SERVICIO INTERNO SERVICIO EXTERNO

FIRMA CONFORME:

MANO DE OBRA

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

ENCARGADO MTTG.
NOMBRE: *Patricio Dr. Robert Reid Cabral*
FIRMA: *Darlin Asua*

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Pedro / Angel

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

No.

DEPARTAMENTO

Hospital de día

HORA

10:00

FECHA

25/3/25

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Checkeo de H/A

FIRMA CONFORME:

[Signature]

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

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

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Pedro / Angel

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Atención de usuarios

HORA

11:00

FECHA

25/8/25

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

chequeo de 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

Juan J Amparo

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

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

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

nutricion especial esp

HORA

9:00

FECHA

25/3/25

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Chupero L.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

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

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

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

... DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Yoni Augusto

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Emergencia

HORA

FECHA

26/3/2025

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Cambio de Interruptor Sola
de Bara*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO



Yoni Augusto

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

Yoni Augusto

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Cocina

HORA

FECHA

26/3/2025

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Cambio de Tomacorriente

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

Kimberly Barona

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

Yoni / Augusto

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Obstetricia Ginecologia

HORA

FECHA

27/3/2025

DESCRIPCION DEL PROBLEMA

Chequear Eliminacion del bano

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Elizabeth

FIRMA CONFORME:

[Signature]

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECÉPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Maratu

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Mantenimiento

HORA

8AM

FECHA

22-4-25

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

PINTAR LAS ESCALERA
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:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO



ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Dpto 302

HORA

1:00

FECHA

27/3/25

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Lineas electricas quemadas

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 MTTTO.
									NOMBRE:
									FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

computo

HORA

4:44

FECHA

27/3/25

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Linea electrica quemada

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

Alexy Dominguez

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO



FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Disaef

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

91000 - Cirujía

HORA

FECHA

28/3/2025

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

- colocar pestillo caso de paro

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H. EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

Dorli Aguiar

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

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

No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Orden mirando

HORA

10:00

FECHA

28/3/25

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Suma electricos dentro p/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 **MANO DE OBRA****RECÉPCION DEL TRABAJO**

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

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

No.

DEPARTAMENTO

Dpto 202

HORA

9:00

FECHA

28 / 3 / 25

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

surfida 2

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

lineas electricas aumrada A/B

FIRMA CONFORME:

- Sr. Rufuoso

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

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Dep. infectología

HORA

11:00

FECHA

3/3/25

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Mantenimiento 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

MANO DE OBRA

[Handwritten signature]
RECEPCION DEL TRABAJO
 Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral
 Departamento de Mantenimiento

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL						 SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD			
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO									
DEPARTAMENTO		<i>Facturacion cirugía</i>		HORA		<i>9:10</i>		FECHA		<i>31/3/25</i>	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:								EQUIPO/AREA			
<i>Checkeo de A/S</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											
FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	HORA		
									ENCARGADO MTTO.		
									NOMBRE:		
									FIRMA:		
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO											

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Farmacia enyo

HORA

10:00

FECHA

31/3/25

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

cheques de 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

Maria Lopez

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



Loa / Augusto / Yoni

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Bomba # 1

HORA

FECHA

31/3/2025

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Cambio de pieza

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

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

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE

FIRMA:

Darko Asu

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

Yoni / Augusto

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO	<i>Enseñanza</i>	HORA		FECHA	<i>31/3/2005</i>
--------------	------------------	------	--	-------	------------------

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Idoneización

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

SERVICIO INTERNO SERVICIO EXTERNO

FIRMA CONFORME:

Pamela Melendez

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

Yoni / Augusto

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO	<i>Nebulización</i>	HORA		FECHA	<i>31/3/2025</i>
--------------	---------------------	------	--	-------	------------------

DESCRIPCION DEL PROBLEMA: <i>Cambio de Interruptor</i>	EQUIPO/AREA
	SI ES UN EQUIPO PRECISE SU CODIGO:
	SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

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