

Agosto

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Sala 330

HORA

FECHA

1/5/2024

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:

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 Hon de Lina Mons

1 Sr Fern



Yani / Augusto

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Microbiología

HORA

FECHA

1/5/2024

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Illuminación

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 MTO.

NOMBRE:

FIRMA:

[Signature] *1/5/2024*



OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

2 Torres



[Handwritten scribble]

Sea

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Oncología

HORA

FECHA

02/4/2024

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Aislamiento # 3

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

*Chequear lavamano esta bolando mucha
Agua.*

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Lidy/Rivera

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



PERASTAV WIRMA

ORDEN DE SERVICIO	SERVICIO NACIONAL DE SALUD				 SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD
	HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL				
No.	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO				4-5-24

DEPARTAMENTO	Mantenimiento	HORA	8Am	FECHA	5-8-24
---------------------	---------------	-------------	-----	--------------	--------

DESCRIPCION DEL PROBLEMA: UN FINO EN IN FOTOLOGIA 2.ºS TO	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: RAYMUNDO REID CABRAL
								DEPARTAMENTO: RATIVO - FINANCIERO
								FECHA: 5-8-24
								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						 SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD			
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO						5-5-24			
DEPARTAMENTO		Mantenimiento		HORA		8Am		FECHA		4-5-24	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:							EQUIPO/AREA				
PUNTO CONTROLORIA							SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:				
COMPUTERA							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 M.TTO.		
									NOMBRE:		
									FIRMA:		
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO											



FIRMA: *Antonio Acevedo*

7.5-24

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

HORA

FECHA

5/4/2024

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

EQUIPO/AREA

Reparación del lavamanos del
Area de Cardiología 430

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

E. Guey

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



Agosto

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Opicina Oncología

HORA

FECHA

6/5/2024

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Lavamanos 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

Johanna GM
SECCION DE MANTENIMIENTO
2024

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



Genes

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Director Genes

HORA

FECHA

6-5-24

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Medico
cambio de llave de la
mano.*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

B. Cabral

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



Pedro Angel

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

opco cuarto elec

HORA

9:15

FECHA

6/5/24

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

mantenimiento de 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:

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 *farmacia*

HORA *11:30*

FECHA *6/5/24*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

Reparación de recinto técnico

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



7-5-24

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL						 SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD				
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO										
DEPARTAMENTO		M-4			HORA		10 Ane		FECHA		07-5-24	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA: Inodoro tapado y 2 LAVAMANOS Sala 1330-332								EQUIPO/AREA				
								SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:				
								SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:				
SOLICITADO POR:		fernalopez						FIRMA CONFORME:				
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>						fernalopez				
MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRABAJO				
FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA				
								HORA				
								ENCARGADO MTTO.				
								NOMBRE:				
								FIRMA:				
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO												



OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO



Augusto

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Estadística

HORA

FECHA

7-5-24

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*filtración de agua
Desplazamiento de Plafón
*no colocados gomas**

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 METO.

NOMBRE: *Debukil Fousu*

FIRMA: *Estadística*

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

1 Vostagié



ORDEN DE SERVICIO	SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL						 SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD	
	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
No.								
DEPARTAMENTO	ESTACION 2		HORA	09:00		FECHA	7 VI 24	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA: AGUA SERVICIO.						EQUIPO/AREA		
LA BOMBA PRESENTA FUGA POR SELLOS						SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:		
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:		
						FIRMA CONFORME:		
SOLICITADO POR:	J							
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>	SERVICIO EXTERNO <input checked="" type="checkbox"/>							
MANO DE OBRA							RECEPCION DEL TRABAJO	
FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA
								HORA
								ENCARGADO MTTO.
								NOMBRE:
								FIRMA: Darlin Asen
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO								

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO



L.E.A.

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL							
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO		B ^o CONV. 2 ^a PLANTA		HORA		FECHA		7-5-2004	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA: DEPTAPE DE PILETA.						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									
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

almacen

HORA

10:30

FECHA

7/5/21

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Cambio de Compresores usado

A/16

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

Carmen Rodríguez

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

Contingencia Coral

HORA

9:30

FECHA

8

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Mantenimiento y limpieza de sala
PA

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

FIRMA CONFORME:

[Firma]

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:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO



[Faint handwritten text, possibly a signature or date]

**ORDEN DE
SERVICIO**

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

ataxico

HORA

9:30

FECHA

8/5/24

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

Mantenimiento A/A

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

Stephan B. Martinez
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

Neumología

HORA

9:30

FECHA

8/5/4

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*mantenimiento / 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

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

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

No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Neumología

HORA

10:15

FECHA

8/13/25

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Mantenimiento plus***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

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO



OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Samuel

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Remoto Orz. Lpja

HORA

11:36 PM

FECHA

8-5-24

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Toma corriente cogido
Fuego*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Rud Rosa

FIRMA CONFORME:

[Signature]

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

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

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO



OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

Es el Aire, se informo
a técnico de Aire para
que revise.



ORDEN DE SERVICIO	SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL						 SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD	
	No.	DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO						
DEPARTAMENTO	<i>anatergic</i>		HORA	<i>11:30</i>		FECHA	<i>8/5/28</i>	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA: <i>lineas de alambre quemadas</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								
FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	RECEPCION DEL TRABAJO
								FECHA
								HORA
								ENCARGADO MTTO.
								NOMBRE:
								FIRMA:
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO								

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO



ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Costura

HORA

9:30

FECHA

9/5/24

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Mantenimiento de A/A

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

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



Gerardo / Steward

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

DEPARTAMENTO	<i>Procesos / works</i>	HORA	<i>10:02</i>	FECHA	<i>09/05/2024</i>
---------------------	-------------------------	-------------	--------------	--------------	-------------------

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

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



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

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO



Genow / Stewart

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

1 Laboratorio

HORA

10:04

FECHA

09/05/2024

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Cambio de Mañin

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

RECEPCION DEL TRABAJO
ENCARGADO MTTO.
NOMBRE:
FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO



Sea

7-5-24

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL						 SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD				
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO										
DEPARTAMENTO		Urgencia			HORA		10:40 AM		FECHA		7-5-24	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:						EQUIPO/AREA						
Pavimento.						SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:						
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:						
SOLICITADO POR:				FIRMA CONFORME: <i>Lu Coronado</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:				
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

Sala 308

HORA

FECHA

10/5/2024

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:

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:

[Handwritten signature]

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: 332 (Sal) HORA: _____ FECHA: 10/5/2024

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:
Baño tapado

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



SOLICITADO POR: _____

FIRMA CONFORME: _____

SERVICIO INTERNO SERVICIO EXTERNO

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

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

FIRMA: Darwin Asun

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO



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

No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

pedestros RTII

HORA

7.30

FECHA

10/5/24

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

EQUIPO/AREA

mantenimiento de A/A

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



Augusto

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Transplante 4^{TO}

HORA

FECHA

10/5/2024

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Chequear Baño tapado

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Lidia Rodriguez

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:


William de la Rosa

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO



August

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

DEPARTAMENTO	<i>Odontología</i>	HORA		FECHA	<i>13/5/2024</i>
---------------------	--------------------	-------------	--	--------------	------------------

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:	EQUIPO/ÁREA
	SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:
	<i>Cambio de llave de Lavamano</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

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

No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

neurologico

HORA

11:50

FECHA

15/5/28

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

lineas de aire quemadas 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 *Sepulveda***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

Neurocirugía

HORA

FECHA

15/5/2024

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Chequear baño completo

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Lidia / Checo

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



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

Cirujía 201/203

HORA

FECHA

15/5/2024

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Chequear Baño completo

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Lidia / Checo

FIRMA CONFORME:

[Handwritten signature]

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO



LEA

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL					 SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD			
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO								
DEPARTAMENTO		Salud integral		HORA	9:00 AM	FECHA	16-5-24			
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:						EQUIPO/AREA				
Salud integral cambio de boquilla y Paullu						SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:				
SOLICITADO POR: Dra Abney.						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:				
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>					FIRMA CONFORME:			
MANO DE OBRA										
FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	CODIGO				HORAS	H.EX
									ENCARGADO MTTO.	
									NOMBRE:	
						FIRMA:				
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO										

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

- 1- BOAVILIA P/LAVADO
- 1- PAREDILLA DE FISO
- TETON
-

L.E.A.
Od.
15-5-2024



LEA

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

CENISMI

HORA

FECHA

17-5-2024

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

REPARACION DE TUBERIA DEL BAÑO DE CENISMI

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

FIRMA CONFORME:

XoKASSA J. VILLAGAS S.
D. TO. ADMINISTRATIVO - FINANCIERO
SECCION DE MANTENIMIENTO

SOLICITADO POR:

[Signature]

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

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

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO



Agosto

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO Macrotech. **HORA** **FECHA** 17-5-24

DESCRIPCION DEL PROBLEMA: Emergencia
Bano de Emergencia 2da planta macrotech:

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

SOLICITADO POR: Licd. ROSA

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

HOSPITAL PEDIATRICO DR. ROBERT REID CABRAL
DEPTO. ADMINISTRATIVO FINANCIERO

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

Cuentas por cobrar

HORA

10:30

FECHA

17/10/24

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

Mantenimiento de filtro AA

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.

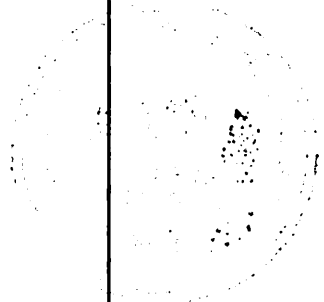
NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO



OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO



ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

odontología

HORA

10:30

FECHA

17/05/24

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Chèques de air Compresseur dentaire

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. [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



SERVICIO EXTERNO

SERVICIO INTERNO

MARCO DE OBRAS

FECHA CODIGO HORAS MEX. REGIÓN CODIGO HORAS H.MEX.

NOMBRE

CIUDA

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL						 SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD			
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO									
DEPARTAMENTO		<i>Toma de muestra</i>		HORA		<i>9:30</i>		FECHA		<i>17/5/24</i>	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:								EQUIPO/AREA			
<i>Mantenimiento interno 4/4</i>								SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:			
								SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
SOLICITADO POR:								FIRMA CONFORME:			
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>				SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>				<i>Cristela de los rios</i> 			
MANO DE OBRA											
RECEPCION DEL TRABAJO								FECHA			
FECHA								HORA		<i>M</i>	
HORAS								ENCARGADO MTTO.			
H.EX								NOMBRE:			
FECHA								FIRMA:			
CODIGO								OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO			
HORAS											
H.EX											
FECHA											
CODIGO											
HORAS											
H.EX											
FECHA											
CODIGO											
HORAS											
H.EX											

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO



Excmo. Sr. Stewart

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL					 SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD		
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO		<i>Rn.</i>		HORA		FECHA			
						<i>16-5-24</i>			
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:						EQUIPO/AREA			
<i>mujer incubadora hasta dep. de active top.</i>						SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:			
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
SOLICITADO POR:		<i>Dra Perdomo</i>					FIRMA CONFORME:		
							<i>Chelva</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	
								<i>16-5-24</i>	
								HORA	
								ENCARGADO MTTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									



OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

se movieron y guardaron
en octavo piso 10 longang
Ganzo y 4 incubadores, 8 cateteres
2 camos de transporte. 16-5-24



Gerardo Strun

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL					 SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD	
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO						
DEPARTAMENTO		Rn.		HORA		FECHA		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:		EQUIPO/AREA					SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:	
Mover sillón negro desde Rn. para Aocar.								
SOLICITADO POR:		Dña Rendón					FIRMA CONFORME:	
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>					Clavell fecha 16-5-24	
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



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

No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

E I C I O C a d i a

HORA

11:55

FECHA

17/05/2024

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Cambiar de llatins de puerta de
Crisol*

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:

[Firma manuscrita]

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO



DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

FECHA

HORA

SERVICIO EXTERNO

MANOS OBRAS

H.H.

HORA

ORDEN

FECHA

H.H.

HORA

ORDEN

FECHA

**ORDEN DE
SERVICIO**

José y Steven
SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**DEPARTAMENTO***torno de meseta***HORA****FECHA***17-5-2024***DESCRIPCION DEL PROBLEMA:****EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

*Cambio de brazo perfo crist***SOLICITADO POR:****FIRMA CONFORME:****SERVICIO INTERNO** **SERVICIO EXTERNO** *Coacela de los Santos***MANO DE OBRA****RECEPCION DEL TRABAJO****FECHA****CODIGO****HORAS****H.EX****FECHA****CODIGO****HORAS****H.EX****FECHA****HORA****ENCARGADO MTTO.****NOMBRE:****FIRMA:***Dorlan Agu***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

reparación

HORA

11:00

FECHA

20/5/28

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

lineas personal

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



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

No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Administración

HORA

8:26

FECHA

20 / 5 / 24

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

Cambio de Brackets y lentes guías

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO SERVICIO EXTERNO **MANO DE OBRA****RECEPCIÓN 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

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Facturas Banco S

HORA

11:30

FECHA

20/5/24

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Artes de alambos perales R/P

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

ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Hematología

HORA

10:31

FECHA

20/5/24

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Fucciona

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. Valdez



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

Cáncer neurológico

HORA

11:30

FECHA

20/5/29

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

mantenimiento de líneas eléctricas

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

MANO DE OBRA

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

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:



OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

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

No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Neurología

HORA

11:30

FECHA

20/5/24

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Arce de Alvarado Presnato

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

Endocrinalogía

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

#12 endocrinalogía

HORA

9:38

FECHA

21/5/24

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Mantenimiento interno 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

Kainco

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



SERVICIO EXTERNO

PLAN DE DIAS

HORAS

MEX

FECHA

CODIGO

HORAS

NOMBRE

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

No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Servicio de atención

HORA

10:15

FECHA

21/5/24

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Interno

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

Mantenimiento interno A/A

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO SERVICIO EXTERNO **MANO DE OBRA**

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTO.

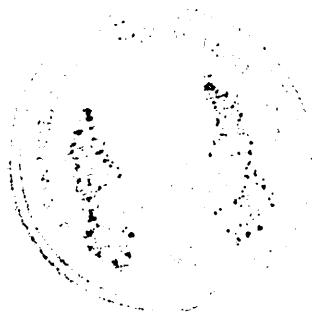
NOMBRE:

FIRMA:



OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO



DARLIN

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL					 SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD	
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO						
DEPARTAMENTO		PROTECCION 2ª P.		HORA		FECHA		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:		CAMBIO DE ARPA DE ABANICO					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	
						ENCARGADO MTTO.		
						NOMBRE:		
						FIRMA:		
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO								



[Handwritten signature]
FIRMA:

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO



LPA

ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

FACTURACION 2da P.

HORA

FECHA

22-5-2024

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

BAND

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

CAMBIAZ BOMBILLO

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:



Flavia Figueroa
[Signature]

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO



ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO		<i>Compuas</i>		HORA	<i>12:14</i>		FECHA	<i>29/2/24</i>		
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:							EQUIPO/AREA			
<i>traslado de mesa para el area de compus.</i>							SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:			
							SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:			
SOLICITADO POR:							FIRMA CONFORME:			
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>							SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>			
MANO DE OBRA							RECEPCION DEL TRABAJO			
FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	HORA	
<i>29/2/24</i>										
							ENCARGADO MTTO.			
							NOMBRE:			
							FIRMA:			
							<i>[Signature]</i>			
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

atavino

HORA

9:00

FECHA

22/5/24

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 *Ruth E. Martinez R.***MANO DE OBRA****RECEPCION DEL TRABAJO**

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTO.

NOMBRE:

DIVISION DE ESPECIALIDADES
QUIRURGICAS

FIRMA:

URTOLOGIA
CONSULTA

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

F

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

No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Psiquiatria

HORA

10:30

FECHA

27/5/24

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 MTTTO.
								NOMBRE:
								FIRMA:



OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO



ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Bacuna

HORA

11:00

FECHA

22/5/21

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Mantenimiento de pitos 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 MTTTO.



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

Hematología

HORA

10:30

FECHA

22/5/24

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

capacitos prescrito A/A

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



ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

atomo

HORA

8:45

FECHA

22/5/28

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Combustor de cobles externos 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

Stefany...

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

oftalmología

HORA

9:15

FECHA

27/5/24

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

Inles de alambres generales

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

Dora Aben R.

MANO DE OBRA

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

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO



RECEPCION DEL TRABAJO

ENCARGADO MTTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO



ORDEN DE SERVICIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

Endoscopia

HORA

12:30

FECHA

24/5/24

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Calques 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

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



ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL					 SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD	
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO						
DEPARTAMENTO		<i>Neuro-Cirugía</i>		HORA		FECHA		<i>24/5/2024</i>
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:						EQUIPO/AREA		
<i>Baño chequear están botando mucha Agua</i>						SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:		
						SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:		
						FIRMA CONFORME:		
SOLICITADO POR:		<i>Lic. J. L. Chico</i>						
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>						
MANO DE OBRA								
FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	RECEPCION DEL TRABAJO
								FECHA
								HORA
								ENCARGADO MTTO.
								NOMBRE:
								FIRMA:
<i>[Signature]</i>								
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO								

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO



Agosto

ORDEN DE SERVICIO		SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL					 SNS SERVICIO NACIONAL DE SALUD		
No.		DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO							
DEPARTAMENTO		Sala 332			HORA		FECHA		
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 <input type="checkbox"/>		SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>						 <i>[Handwritten 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

