

*Yoni / Augusto*

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Consulta Externa*

HORA

FECHA

*1/7/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Maquina de Recarga*

**EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

*Infelocion de Tomacorniente*

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 Cambio de ① tomacorriente 110V. 15A —

*yoni / Agosto*

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Odontología*

HORA

FECHA

*1/7/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Ideminación*

**EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

*Rafaela*

**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

① Impulso suscitado; Cables restablecidos.

Augusto

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Europeo*

HORA

FECHA

*01-07-24*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*balanza inodoro de Europeo*

**EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

*jose*

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

*Gary Cabral*

**MANO DE OBRA**

**RECEPCION DEL TRABAJO**

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

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

1 Babu & al

*Yoni*

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*sala 436*

HORA

FECHA

*02/07/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Eliminación*

**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
									<i>17</i>
								<b>ENCARGADO MTTO.</b>	
								<b>NOMBRE:</b>	
								<b>FIRMA:</b>	

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO


OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

① Cambio de (7) tubos Led de 18 watts —



*Yoni*

*capadent*

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

<b>DEPARTAMENTO</b>	<i>Pco - cardiograma</i>	<b>HORA</b>		<b>FECHA</b>	<i>21/7/2024</i>
---------------------	--------------------------	-------------	--	--------------	------------------

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

*Fomacamiento Instalacion*

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

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

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

**ENCARGADO MTTO.**

**NOMBRE:**

**FIRMA:**  
*Darshi Abu*

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO



## OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

- (1) Colocación de (1) Caja Eléctrica de metal 2x2
- (2) " " (1) Tomoc. 110V, 20Amp. - (20 Amp) c. top
- (3) " " (2) Tapa p/Te. -
- (4) " " (4) pies de alambre #12, color Rojo
- (5) " " (4) " " " #10 " Blanco
- (6) " " (4) " " " #10 " Verde
- (7) " " (4) cuatro Canchales de 1/2
- (8) " " (4) Tornillos Diablos de 1"

Yoni

Yoni

# ORDEN DE SERVICIO

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



No.

### DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

*Laboratorio*

HORA

FECHA

*3-7-24*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Iluminación de laboratorio*

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

*Laboratorio*

MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

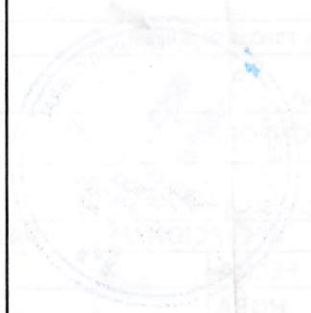
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

① Cambio de (A) tubo de 18000 lbs —

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>		<b>SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL</b>						 <b>SNS</b> SERVICIO NACIONAL DE SALUD							
No.		<b>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO</b>													
DEPARTAMENTO		<i>matro campuso</i>		HORA		<i>10:30</i>		FECHA		<i>3/7/24</i>					
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:								EQUIPO/AREA							
<i>mantenimiento de A/A y cambio de grupo</i>								SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:							
								SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:				-			
								FIRMA CONFORME:							
SOLICITADO POR:															
SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>			SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>												
MANO DE OBRA								RECEPCION DEL TRABAJO							
FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	CODIGO	HORAS	H.EX	FECHA	HORA						
								ENCARGADO MTTO.							
								NOMBRE:							
								FIRMA:							
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO															

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO



*[Faint handwritten notes in Spanish, possibly describing patient observations or service details.]*

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>		<b>SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL</b>						 <b>SNS</b> SERVICIO NACIONAL DE SALUD				
No.		<b>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO</b>										
DEPARTAMENTO		RTH			HORA		1:00		FECHA		3/7/24	
DESCRIPCION DEL PROBLEMA:								EQUIPO/AREA				
Desague topado + mantenimiento de pitas								SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:				
								SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:				
								FIRMA CONFORME:				
SOLICITADO POR:		SERVICIO INTERNO <input type="checkbox"/>						SERVICIO EXTERNO <input type="checkbox"/>				
MANO DE OBRA								RECEPCION DEL 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

Habitación R-3

HORA

FECHA

3/7/2024

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

gabinete de Inodoro

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

*F. Rodriguez*  
FIRMA CONFORME:

FIRMA CONFORME:

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

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

Cambio de Babas  
de Entero

*Augusto*

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*WCP*

HORA

FECHA

*4-7-24*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

**EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

*La sonda parte adentro  
esta rotando mucho aqui*

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**

*ejoni*

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*UCIN*

HORA

FECHA

*4/7/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Iluminación*

**EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

*[Signature]*  
HOSPITAL PEDIATRICO DR. ROBERT REID CABRAL  
CENTRO ASISTENCIAL DE FISIOTERAPIA

**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**

*yoni*

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*R-1*

HORA

FECHA

*4/7/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Instalación de tomoceriente*

**EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

*[Handwritten signature]*  
*[Circular stamp: HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL, DPTO. DE MANTENIMIENTO]*  
*[Handwritten signature: Rosa Ramirez R.]*

**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

① Cambio de (m) un tomoe. 110V. —



Agosto

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Transporte 4<sup>ta</sup>*

HORA

FECHA

*5/7/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Uso de Lavamano y chequear  
Inodoro.*

**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

*Licda R. R. ...*

**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

*Sala 9330*

HORA

FECHA

*5/7/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Mave de Lavamano.*

**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



**ENCARGADO MTO.**  
NOMBRE: *M*

FIRMA: *[Signature]*

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

1 Hora de Servicio

Augusto

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Habitación R-3*

HORA

FECHA

*8/7/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Cambio de pastago*

**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

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

*Habitaciones Residentes*

HORA

*UCI*

FECHA

*8/7/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Cambio de valvula de Inodoro*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

*[Handwritten signature and blue circular stamp]*

**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

*Plomería y Electricidad*

HORA

*12:00*

FECHA

*5/7/28*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*mantenimiento profundo  
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

*[Handwritten Signature]*

**MANO DE OBRA**

**RECEPCION DEL TRABAJO**

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

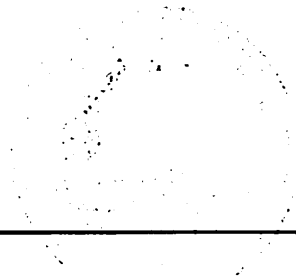
NOMBRE:

FIRMA:



OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

**OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO**



*Yoné*

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Habitación Residente*

HORA

FECHA

*8/7/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Anestesiología*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

*Ideminación*

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

*Residencia*

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

Mamá Cangaro

HORA

FECHA

9/7/2024

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Cambio de llave de sacamano y emanguera.

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

*lic Osgardo*

### MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

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

FECHA

HORA

ENCARGADO MTO.

NOMBRE:

FIRMA:



OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

**OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO**

yoni

# ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

*Ucip.*

HORA

FECHA

*10-7-24*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Torra corriente*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO



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

① Cambio de (I) Tomocoriente 110V. —



*Pedro Angel*

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Farmacia Hospital*

HORA

*11:00*

FECHA

*10/7/24*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*alambres quemado de linea de  
compresor*

**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**

*genova y esterost*

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

<b>DEPARTAMENTO</b>	<i>nutrición (IDAN)</i>	<b>HORA</b>		<b>FECHA</b>	<i>10-07-2024</i>
---------------------	-------------------------	-------------	--	--------------	-------------------

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

*instalación de llaves*

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

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

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

**OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO**



**OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO**

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*anestesia*

HORA

FECHA

*10-07-2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

**EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

*Cambio de llave*

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

*Rosa Medina*

**MANO DE OBRA**

**RECEPCION DEL TRABAJO**

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTO.

NOMBRE:

FIRMA:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

**OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO**

*Diego Angel*

# ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

*Paizo X*

HORA

*9:00*

FECHA

*10/7/24*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Mantenimiento a pl. A 4*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

### MANO DE OBRA

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

RECEPCION DE TRABAJO

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA

ENCARGADO MTO.

NOMBRE:

FIRMA:



OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO





Augusto

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Sala 201*

HORA

FECHA

*11/7/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*chequear baño esta tapado*

**EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

*George*

**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**

Agosto

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Contraloría*

HORA

FECHA

*11/7/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Chequear llave de Jaquemano*

**EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

*11 JUL 2024*

*11/07/2024*

SOLICITADO POR:

*Nirma*

FIRMA CONFORME:

*REVISADO  
Unidad de Auditoria Inter  
11/07/24*

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

*Nirma Guzman Lopez*

**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

Baño stopico

HORA

FECHA

11/7/2024

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Reparar baño esta tapado y el otro esta despegado

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

Frias Mejia Dios Sa

**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

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

<b>DEPARTAMENTO</b>	RRHA	<b>HORA</b>		<b>FECHA</b>	12-7-24
---------------------	------	-------------	--	--------------	---------

<b>DESCRIPCION DEL PROBLEMA:</b>  ropa de inodoro RRHA	<b>EQUIPO/AREA</b>
	SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:
	SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

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

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



OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

**OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO**



PERAYTA Y WIRMA

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

**DEPARTAMENTO**

Mantenimiento

**HORA**

8AM

**FECHA**

13-7-24

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:**

PINTARON el Tecto de gotier

**EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

**SOLICITADO POR:**

**FIRMA CONFORME:**

**SERVICIO INTERNO**

**SERVICIO EXTERNO**

**MANO DE OBRA**

**RECEPCION DEL TRABAJO**

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

FECHA:   
 HORA:   
 ENCARGADO MTTO.  
 NOMBRE:  
 FIRMA: 



OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

**OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO**

Miguel y Marate

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

Mantenimiento

HORA

8AM

FECHA

13-7-24

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

PINTARON LA ESCALERA  
del HOPITAL 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:

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

FIRMA:

Darwin A. ...

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

**OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO**

*Yoni*

# ORDEN DE SERVICIO

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



No.

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

*Cardiología 430*

HORA

FECHA

*15/7/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*-936*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

*Chequear Electricidad de tomacorriente*

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

*Lidia Jimenez*

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**

gore

# ORDEN DE SERVICIO

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



No.

### DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

*Infecología*

HORA

FECHA

*15/7/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Restar de los Medicos*

*NO tiene luz.*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

*Patricia (Lidia Gomez)*

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

### MANO DE OBRA

RECEPCION DEL TRABAJO

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:


OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

(1) Cambio de (2) tampones Les de 22x22 -



Yorci

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

<b>DEPARTAMENTO</b>	Unidad de Transmisiones	<b>HORA</b>		<b>FECHA</b>	15/7/2024
---------------------	-------------------------	-------------	--	--------------	-----------

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

Chequear Electricidad de Tomacorriente

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

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

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

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO



**OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO**

Stewart

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Fibrosis Quísticas*

HORA

FECHA

*16/7/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Abrir puerta*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

*Emeralda de la Cruz*

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

*[Signature]*

**MANO DE OBRA**

**RECEPCION DEL TRABAJO**

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

FECHA *16/7/24*  
HORA *10:22 AM*

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:

*[Signature]*

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

**OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO**

*Yoni*

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Consultorio 11*

HORA

FECHA

*16/7/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Chequear  
Iluminacion esta parpadeando.*

**EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

*Hala 10 de P  
17/7/24*

SOLICITADO POR:

*Dea / Ditreu*

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) Cambio de (1) transf. de 28 watts (usado)

*Yoni*

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Ucip.*

HORA

FECHA

*16-7-24*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Uso de inodoro habitación enfermería.*

**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:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

**OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO**



*gpm*

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Neurología 4<sup>ta</sup>*

HORA

FECHA

*17/7/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Cambio de Interruptor L Pend. mte*

*Nota: Se necesita uno de tres via.*

**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

*10/07/24*

**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**

*eforci*

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


No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Habitación*

HORA

FECHA

*17/7/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Residente # 7***EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

*Instalar o cambiar Tomacorriente.*

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

① Cambio de (1) tomac. NOV -

Mefro - unolequi

**ORDEN DE  
SERVICIO**

*Ja*

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


No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Neumología -*

HORA

FECHA

*18/7/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Aguda***EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

*Cambio de Uaue de Savamano*

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

*Sugey*

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**

*Infantería*

**HORA**

**FECHA**

*18/7/2024*

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:**

*Habitación Residentes*

**EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

*chequear balancin*

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

**SOLICITADO POR:**

**FIRMA CONFORME:**



**SERVICIO INTERNO**

**SERVICIO EXTERNO**

**MANO DE OBRA**

**RECEPCION DEL TRABAJO**

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

**ENCARGADO MTTO.**

**NOMBRE:**

**FIRMA:**

**OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO**

**OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO**



Agosto

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

**DEPARTAMENTO**

UCID

**HORA**

**FECHA**

18/7/2024

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:**

Bajar lavamano

**EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

**SOLICITADO POR:**

Donny

**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**

*Yoni / Augusto*

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

**DEPARTAMENTO**

*Farmacología*

**HORA**

**FECHA**

*18/7/24*

**DESCRIPCION DEL PROBLEMA:**

*Lama corriente sin energia*

**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**





Agosto

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Cocina*

HORA

FECHA

*19/7/2004*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Cambio de Balansin*

**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

*Kimberly Basora*

**MANO DE OBRA**

**RECEPCION DEL TRABAJO**

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

NOMBRE:  
*Kimberly Basora*

FIRMA:  
*Kimberly Basora*

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

*Reparación y mantenimiento*

HORA

FECHA

*19/7/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Cambio de Manguera de Inodoro*

**EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

**MANO DE OBRA**

**RECEPCION DEL TRABAJO**

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

ENCARGADO MTTO.

NOMBRE:

FIRMA:



OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

**OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO**



Agosto

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

M-4

HORA

9 AM

FECHA

19-7-2024

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Estacion 330-332  
Techo con agua del baño del 2to piso

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

Jos Valenzuela

FIRMA CONFORME:

Jos Valenzuela

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**

[Empty box for observations]

Yoni - / Agosto

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Quirófano*

HORA

FECHA

*19/7/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Temple eléctrico de Quirófano*

**EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

*ADSE*

FIRMA CONFORME:

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

**MANO DE OBRA**

**RECEPCION DEL TRABAJO**

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

*19/7/24*

HORA

**ENCARGADO MTTO.**

NOMBRE:

*Blaque OX*

FIRMA:

*[Signature]*

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

① traslado de ① Temple

② Colocación de (30) pies de Alambro #12 negro

③ " " (2 1/2) Canaletas de 1/2

④ " " (4) Tornillos Cruz.

*Yoni*

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Sintomatico Respiratorio*

HORA

FECHA

*19/7/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Instalación de Sumpara*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

*Jic Maria Ramirez*

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:

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO



OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

(1) Cambio (1) lamparas LED Red. de 18 watt

Yoni / Augusto

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Neurología*

HORA

FECHA

*19/7/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

**EQUIPO/AREA**

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

*Cambio de Interruptor*

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME:

*[Firma]*

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 Cambio de (1) Interruptor Two way (3 Vías



*Yoni*

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

DEPARTAMENTO	<i>UCIN</i>	HORA		FECHA	<i>23/7/2024</i>
--------------	-------------	------	--	-------	------------------

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:  <i>Instalacion de tomacorriente</i>	<b>EQUIPO/AREA</b>
	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>Cecilia Novis</i>
---	---	----------------------

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

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO



**OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO**

*gpi*

# ORDEN DE SERVICIO

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



No.

### DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

DEPARTAMENTO

*Rayos X*

HORA

FECHA

*22/7/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Chequear Iluminación esta parando*

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.



FIRMA:  
*Felipe Alar*

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

**OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO**

*Yoni / Augusto*

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*consulta externa*

HORA

*pasado*

FECHA

*22/7/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Cambio de transformador*

EQUIPO/AREA

SI ES UN EQUIPO DE PRECISE SU CODIGO:

SI ES UN AREA PRECISE SU NOMBRE:

SOLICITADO POR:

FIRMA CONFORME: *ROBERT REID CABRAL*

SERVICIO INTERNO

SERVICIO EXTERNO

*Paula Aosta 22-7-24*

**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

- ① Cambio de (7) transf. de 24 wets
- ② " " (1) " " 6 wets

*Yoni / Agosto*

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Toma de Muestra*

HORA

FECHA

*24/7/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Iluminación Led cuadrada*

**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

*Geoselin Bantala*

**MANO DE OBRA**

**RECEPCION DEL TRABAJO**

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

ROBERT REID CABRAL

HORA

MANTENIMIENTO

**ENCARGADO MTTO.**

NOMBRE:

FIRMA:

*RF*

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO

OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

① Deseo de (1) lang. LEA de 48 weeks



*Yoni*

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*Neuro-Cirugía*

HORA

FECHA

*25/7/2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*Oficina*

*Chequeo de Conocimiento*

**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

*J. Beltrán*

**MANO DE OBRA**

**RECEPCION DEL TRABAJO**

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

CODIGO

HORAS

H.EX

FECHA

HORA

**ENCARGADO MTTO.**

**NOMBRE:**


**FIRMA:**

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO



**OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO**

Miguel Y Marata

<b>ORDEN DE SERVICIO</b>		<b>SERVICIO NACIONAL DE SALUD HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL</b>						 <b>SNS</b> SERVICIO NACIONAL DE SALUD	
No.		<b>DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO</b>						27-7-24	
DEPARTAMENTO		HORA		FECHA		28-7-24			
DESCRIPCION DEL PROBLEMA: PINTARON NUTRICION COMPLETO							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 M.TTO.	
								NOMBRE:	
								FIRMA:	
OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO									



**OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO**

AGUSTO, JHONY, L.E.A.

**ORDEN DE SERVICIO**

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



No.

**DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO**

DEPARTAMENTO

*COCINA*

HORA

*11-AM*

FECHA

*31-7-2024*

DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

*RE-INSTALACION DE 2 TINACOS*

**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 Acuña*

OBSERVACIONES DEL TRABAJO REALIZADO AL DORSO



OBSERVACIONES DE LA ORDEN DEL SERVICIO

- MATERIAL USADO:
- 1- Llave paso de 1 1/2" Breece
  - 1- " " " " " "
  - 1- " " " " " "
  - 2- Tc de 1 1/2" pvc
  - 3- Tc de 3/4" pvc
  - 6- Codo " " " " " "
  - 5- Coupling 3/4" " " " " "
  - 4- Compresor mate ... de 1 1/2" " " " " "
  - 1- Roto tiron
  - 4- Compresor de 1" Pvc M.
  - 1- " " " " " H.
  - 2- Reduccion de 1" a 3/4" pvc
  - 2- " " " " " 1 1/2" a 3/4" pvc
  - 2- Coupling de 1 1/2" pvc
  - 1- Tubo de 3/4" x 19' scato
  - 1- Compresor pvc

L.E.A.  
D.P.  
 31-7-2004