

GOBIERNO CONSTITUCIONAL DEL ESTADO DE CHIAPAS INSTITUTO DE SALUD

HOSPITAL DE LA MUJER SUBDIRECCIÓN MÉDICA INGENIERIA BIOMEDICA



ORDEN DE SERVICIO

No De control		[Calia.
No. De control		Folio:
Equipo.		—
Marca.		Fecha:
Modelo.		_
No. de serie.		
Reporte de Servicio. Departamento. Falla Reportada.	No. de Repo	rte
Realizado por:		
Tipo de Trabajo:		
Mantenimiento:	☐ Asistencia	en operación.
☐ Correctivo.		n Servicio Externo.
☐ Preventivo.	 Compañía	
☐ Capacitación.	·	
☐ Instalación.	Tiempo	
Descripción:		
Refacciones y Accesorios Utilizadas.		
Observaciones.		
_		
Recibido de Conformidad por:		
Comentarios:		