

Orden de servicio Modalidades médicas
Equipo: Dr 3500 W 24X30 E Serie: 96822762
Problema Reportado: Mantenimiento preventivo
Ingeniero: 00005428 Valle Monter Carlos Gibrán

FECHA	HORARIO	HORAS	
_____	De: _____ A: _____	Horas _____	Limpieza () _____
_____	De: _____ A: _____	Horas _____	Condiciones del local () _____
_____	De: _____ A: _____	Horas _____	Proceso en control () _____
_____	De: _____ A: _____	Horas _____	Software completo () _____
_____	De: _____ A: _____	Horas _____	Otras Aplicaciones Inst. () _____
_____	De: _____ A: _____	Horas _____	Accesorios completos () _____
* Sábados, domingos, días festivos y horario nocturno, aplica cargo doble.			Estado general del equipo () _____
			Nivel de operación () _____
			Otros () _____

SERVICIO EFECTUADO Y/O RECOMENDACIONES:

Código	Pza Fab	Descripción	Can_P	Can_Uti	Prec_Unit	Ubicación	Impte.
805257		HORAS DE SERVICIO RAYOS X	0.000		0.00		

SUGERENCIAS DEL CLIENTE	TOTAL REFACCIONES	_____
	CARGO POR SERVICIO	_____
	SUBTOTAL	_____
	GASTOS DE VIAJE **	_____
	I.V.A.	_____
	T O T A L	_____

Sugerimos leer atentamente la relación del servicio efectuado así como de las refacciones utilizadas. Su firma de aceptación es definitiva. En caso de tener observaciones favor de añadirlas en el recuadro correspondiente. ** Los gastos de viaje fuera del área metropolitana de la Ciudad de México serán repercutidos al momento de la facturación.

NOMBRE Y FIRMA DEL CLIENTE

* Recibimos de conformidad y funcionando el(los) equipos mencionados, quedando enterados de los trabajos descritos.