|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Solicita:** | **Aut cupiditate non v** | **Folio No.** | 015 |
| **Área Solicitante:** | **Mantenimiento** | **Fecha:** | 09/08/2024 |
| **Edificio:** | **K11 K9 CGO** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de Mantenimiento**  **(Indique Con Una X)** | | | | | |
|  |  | Mobiliario |  | X | Instalaciones |
|  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de Trabajo**  **(Indique Con Una X)** | | | | | **Tipo de Solicitud**  **(Indique Con Una X)** | | | | |
|  |  | Preventivo | X | Correctivo |  |  | Normal | X | Urgente |
|  | | | | | Verificar Procedimiento | | | | |

|  |
| --- |
| Descripción (servicio requerido)  material de oficina para realizar gestiones y documentación del departamento de mantenimiento y servicios generales del mes de junio. |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Llenado Exclusivo para el DEP MSG** | |
| |  |  | | --- | --- | | **Fecha de Atención** |  | | |
| **Insumos Solicitados** | |
| Cantidad | Descripción |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Observaciones y/o diagnóstico técnico** | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nombre y Firma del solicitante  (Directivo y/o Jefatura de Dep.) | Nombre y Firma del Personal del DEP MSG |
|  |  |  |
| Nombre y Firma de Conformidad del Servicio  (Directivo y/o Jefatura de Dep., y/o Responsable de Área) |  | Nombre y Firma del Técnico/a que realizó el servicio |