

ORDEN DE SERVICIO

ID Equipo		No. Folio	
Equipo		Fecha	
Marca		Turno de reporte	
Modelo		Reporta	
No. Serie		Atiende Ing.	

Descripción del servicio			
Tipo de servicio	Mantenimiento preventivo Interno	<input type="checkbox"/>	Origen de falla
	Mantenimiento preventivo Externo	<input type="checkbox"/>	Deterioro de uso Normal.
	Mantenimiento Correctivo Interno	<input type="checkbox"/>	Operación
	Mantenimiento Correctivo Externo	<input type="checkbox"/>	Ninguna
	Revisión / Instalación	<input type="checkbox"/>	Condiciones externas
	Asistencia de procedimiento quirúrgico/Asesoría	<input type="checkbox"/>	(ambiental y suministros)
	Préstamo de Equipo	<input type="checkbox"/>	Otra (Especifique)
	Calibración / Validación Externa/ Verificación	<input type="checkbox"/>	
	Capacitación/Actividades Administrativas	<input type="checkbox"/>	
	Entrega de Accesorio/Refacción/Consumible	<input type="checkbox"/>	

Falla detectada:			
Servicio realizado:			
Estado del equipo			
Refacciones/Consumibles/Accesorios			Concluido <input type="checkbox"/>
Cantidad	Descripción	Estado	No concluido <input type="checkbox"/>
			Especificar:
Ingenieros a cargo			
ID:		ID:	
Horas laboradas:		Horas laboradas:	

Firma de aceptación

Personal de área:

Observaciones

personales de área:
