

# Orden de Trabajo

ORDEN Nº		HOSPITAL:	Prueba
DIRECCION:	Prueba	TELEFONO:	667788
DESCRIPCION:			
EQUIPO:		ID EQUIPO:	
FABRICANTE:		SERIE:	
MODELO:		UBICACION:	Piso:-Unidad:
TIPO DE MANTENIMIENTO		MANTENIMIENTO	
AUTORIZADA		SUPERVISOR DE EJECUCION	
ENCARGADO DE MANTENIMIENTO		FECHA	
		18-09-2017	

FALLAS O AVERIAS PRESENTADAS	TRABAJOS SOLICITADOS

REPUESTOS REQUERIDOS			
CODIGO	DESCRIPCION DEL REPUESTO	CANT. PLANIF	CANT. UTILIZADA

OBSERVACIONES

COSTO:	
--------	--

FINALIZACION DE TRABAJOS				
REVISADO	FECHA	FIRMA ENCARGADO HOSPITAL	APROBADO	FIRMA ENCARGADO MANTENIMIENTO