

Orden de Trabajo

ORDEN Nº				HO	SPITAL:	Prueba			
DIRECCION: Prueba				TEL	EFONO:	667788			
DESCRIPCION:						1			
EQUIPO:				ID E	QUIPO:				
FABRICANTE:				SEF	RIE:				
MODELO:				UBI	CACION:	Piso:-Unidad:			
TIPO DE MANTENIMIENTO					MANTENIMIENTO				
AUTORIZADA				SUPERVISOR DE EJECUCION					
ENCARGADO DE MANTENIMIENTO				FECHA					
				18-09-2017					
FAL	TRABAJOS SOLICITADOS								
FALLAS O AVERIAS PRESENTADAS				111121111111111111111111111111111111111					
			DEDUCCTOC	DECLIEDIDOS					
REPUESTOS REQUERIDOS CODIGO DESCRIPCION DEL REPUESTO CANT. PLANIF CANT. UTILIZADA									
CODIGO		DESCRIPCION DEL F	REPUESTO	CANT. PLAN	IIF		CANI.	UTILIZADA	
OBSERVACIONES									
COSTO:									
FINALIZACION DE TRABAJOS									
DEVIOADO	FECH		FIDMA FNOADOADO		ADDODADO			FIRMA FNOARCARO	
REVISADO F		1A	FIRMA ENCARGADO HOSPITAL		APROBADO];	FIRMA ENCARGADO MANTENIMIENTO	
							$\overline{}$		