Software Hospital

Lenguajes y programas

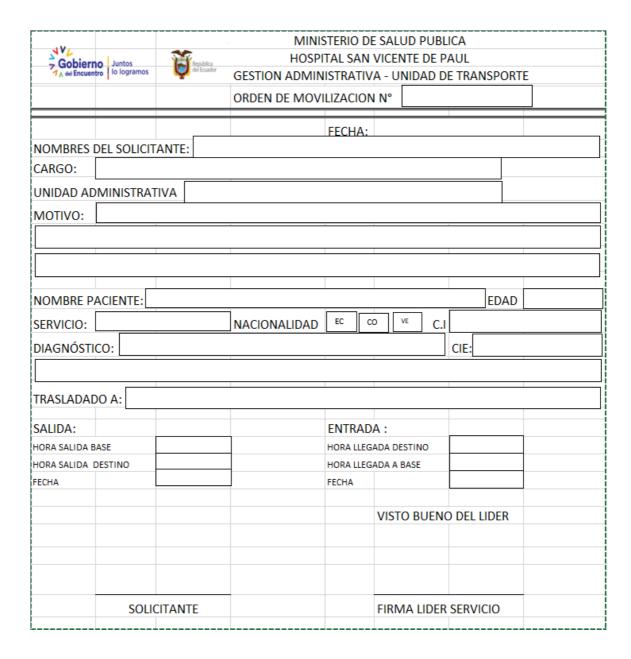
Postgresql

Visual Basic

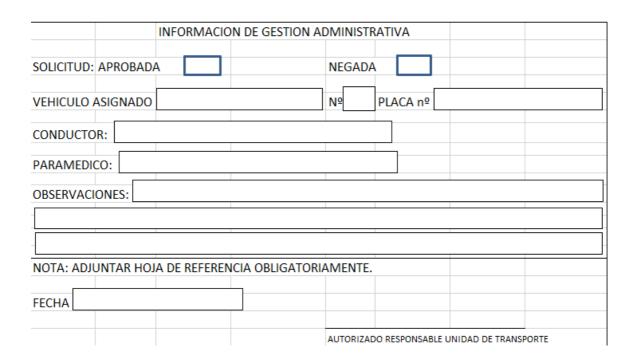
Transporte

Orden de movilización

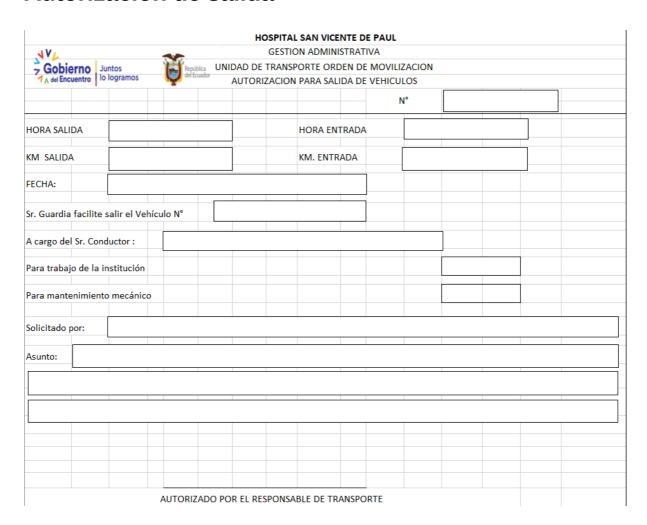
Ambulancia



Camioneta



Autorización de salida

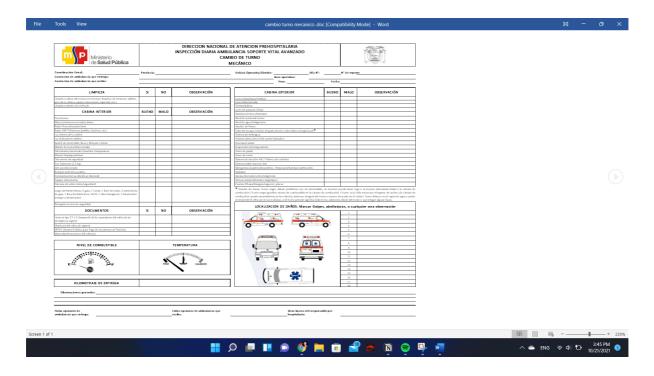


Informe de Movilización

| INFORME DE MOVILIZACION | | | | | | | | | | | |
|--|---------------------|-----------------|--------------------|----------------|---------|--|--|--|--|--|--|
| DATOS GENERALES | | | | | | | | | | | |
| APELLIDOSY NOMBRES DEL CONDUCTOR | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES DE SERVIDORES QUE INTEGRAN LA COMISION | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| CIUDAD- PROVINCIA DE LA TRANSFERENCIA O COMISION | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | JDA | | GADA | KILOMETRAJE | | | | | | | |
| FECHA | HORA | FECHA | HORA | SALIDA | LLEGADA | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| N: DE ORDEN D | E SALIDA: | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| INFORME DE AC | TIVIDADES: | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | FIRMA DEL CONDUCTOR | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | EL MEDICO DE LA UI | VIDAD REFERIDA | | | | | | | |
| OBSERVACION | ESYNOVEDADE | ES DE LA TRANSF | ERENCIA | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| LLEGADA SALIDA | | | | | | | | | | | |
| | | FECHA | HORA | FECHA | HORA | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| FIRMA DEL MEDICO Y SELLO | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

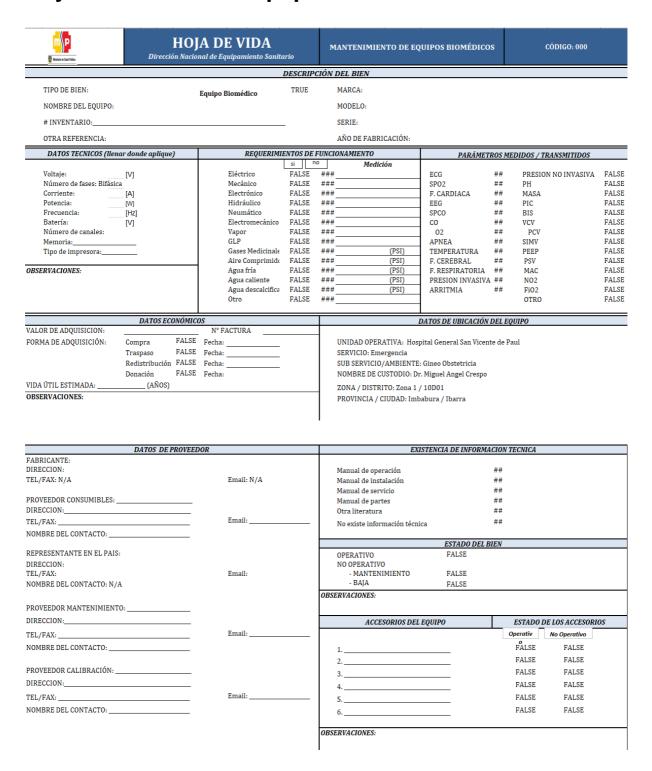
| m (r | Ministerio de Sal ud | | | | | | | | | | | | |
|----------------|--|------------------|-----------|--------------|---------|------------|------------------|---|-----------|----------|-----------|-----|-----------------|
| | Ministerio de Salud | Púb li ca | | | | | | | | | | | |
| HOIA DE I | RUTA PARA I | ICENCIA D | F GESTION | I ADMINISTRA | TIVA | | | | | | | | |
| 110371021 | | LIGERTON | | | | | | | | | | | |
| LUGAR Y FECHA: | | | | | | | N° MOVILIZACION: | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| UNIDAD S | OLICITANTE | : | | | | | | OBJETO DE I | LA COMISI | ON: | | | |
| FUNCION | ARIO RESPO | NSABLE: | | | | | | | | | | | |
| | D: AMBULAN | CIA | | | | | | NOMBRE DE | L CONDUC | CTOR: | | | |
| NUMERO: | | | MARCA: | | | PLACA: | | | | | | | |
| | SALI | | | | LLEGADA | | | PROVISION DE COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES | | | | | |
| LUGAR | FECHA | HORA | KM | LUGAR | FECHA | HORA | KM | LUGAR | FECHA | CONCEPTO | CANTIDAD | KM | FIRMA PROVEEDOR |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | - | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | - | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| OBSERVACIONES: | | | | | | | | Valor total combustible utilizado: \$ | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | F) JEFE DE T | RANSPOR | TF | | | E) FUNCIO | NARIO CO | OMISIONADO | | | F) CONDUC | TOR | |
| | ., , , , , , , , , , , , , , , , , , , | TO THE ST ON | | | | ., 1011010 | | 3310147.00 | | | ., сонос | | |

Inspección de ambulancia



Mantenimiento

Hoja de vida de los equipos



| OTROS DATOS | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------|-----|---------------------|---|---------------------|---|---|---|--|--|--|
| | SI | NO | | | | | | | | | |
| GARANTÍA | ### | ### | MTTO. PREVENTIVO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| CONTRATO MTTO | ### | ### | | | | | | | | | |
| FRECUENCIA MTTO: Cuatrimestral | | | FECHA - | | | | | | | | |
| RESPONSABLE MTTO: _ | RESPONSABLE MTTO: | | FECIA | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| OBSERVACIONES: | OBSERVACIONES: | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| REGISTRO DE ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN | | | | | FOTOGRAFÍA DEL BIEN | | | | | | |
| Nombre del Responsable: Edison Montesdeoca | | | | | | | | | | | |
| Cargo: Jefe de mantenimiento | | | | | | | | | | | |
| Email:edison.montesdeoca@hsvp.gob.ec | | | | | | | | | | | |
| Teléfono:0979455418 | | | | | | | | | | | |
| Firma: | | | | | | | | | | | |
| Fecha:10-01-2021 | | | | | | | | | | | |