HOSPITAL REGIONAL DIEGO PAROISSIEN	DEPARTAMENTO DE GESTIÓN TECNOLÓGICA	FORMULARIO	FBG-08
		REVISIÓN	1
DIVISIÓN BIOINGENIERÍA		ORDEN Nº	
ORDEN DE SERVICIO GENERAL		FECHA	
		MANT. CORRECTIVO	

1. IDENTIFICACIÓN (LLENADO POR EL SOLICITANTE)

1.1 SERVICIO:

1.2 NOMBRE DEL SOLICITANTE:

1.3. EQUIPO

CLASE	MARCA	MODELO	S/N	CUPI

2. DESCRIPCIÓN DE LA FALLA (LLENADO POR EL SOLICITANTE)

3. HISTORIAL DE SERVICIO

4. INSUMOS

5. OBSERVACIONES

6. ESTADO:

Realizado por	**Resp. Servicio en conformidad**	**Si Usted NO ESTÁ CONFORME, exprese los motivos a continuación**
Firma y aclaración	Firma y aclaración	

Emite	Revisa	Aprueba	Página
Div. Bioingeniería	**Div. Bioingeniería**	**Dirección Ejecutiva**	**1/1**

CONSTANCIA DE RECEPCIÓN				**ORDEN Nº**	
CLASE DE EQUIPO	S/N	CODIGO INTERNO	FECHA	OBS.	
NOMBRE DEL SOLICITANTE		RECIBIDO POR			
FIRMA		FIRMA			