

# Departamento de Mantenimiento

## Formulario de Solicitud y Asignación de Servicios

(FAVOR LLENAR EL SIGUIENTE FORMULARIO EN LETRAS DE MOLDE Y CON LA MAYOR CLARIDAD POSIBLE)

### 1.-) SOLICITUD DE SERVICIO.-

FECHA DE SOLICITUD:   -   -      

DÍA
MES
AÑO

FECHA DE ENTREGA:   -   -      

DÍA
MES
AÑO

DEPARTAMENTO:

PERSONA SOLICITANTE:

TIPO DE SERVICIO (describa brevemente):

### 2.-) ASIGNACION DE PERSONAL (SOLO PARA USO INTERNO DEL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO).-

FECHA PLANIFICADA DE ENTREGA:   -   -      

DÍA
MES
AÑO

TIPO DE SERVICIO  PREVENTIVO  CORRECTIVO  
 OPERATIVO

#### MATRIZ DE ASIGNACION DE TAREAS

EMPLEADO(S) ASIGNADO(S)	FECHA DE ASIGNACION	HORA
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

OBSERVACIONES GENERALES (comentarios del (de los) empleado(s) asignado(s) a la(s) tarea(s)):

### 3.-) EVALUACION DE DESEMPEÑO (SOLO PARA USO INTERNO DEL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO).-

PUNTOS A TOMAR EN CUENTA	INSATISFACTORIO	REGULAR	SATISFACTORIO	N / A
A) Tiempo de Entrega	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B) Ejecución de Servicio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C) Otro (esp.): _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 4.-) ENTREGA DE SERVICIO (LLENAR DURANTE LA ENTREGA DEL SERVICIO SOLICITADO).-

FECHA REAL DE ENTREGA:   -   -      

DÍA
MES
AÑO

EMPLEADO QUE ENTREGA: \_\_\_\_\_  

Nombre de Empleado
Firma

EMPLEADO QUE RECIBE: \_\_\_\_\_  

Nombre de Empleado
Firma

OBSERVACIONES GENERALES (comentarios del (de los) empleado(s) que recibe(n) el(los) servicio(s)):

(FAVOR LLENAR EL SIGUIENTE FORMULARIO EN LETRAS DE MOLDE Y CON LA MAYOR CLARIDAD POSIBLE)

**5.-) ENTREGA DE SERVICIO (LLENAR DURANTE LA ENTREGA DEL SERVICIO SOLICITADO).-**

**PARA USO DEL CLIENTE - FAVOR LLENAR UNA VEZ TERMINADO COMPLETADO EL TRABAJO SOLICITADO MARCANDO CON UNA "X". LUEGO, SUMAR CADA COLUMNA Y ARROJAR EL SUBTOTAL.**

PUNTOS A TOMAR EN CUENTA	MUY MALO (1)	MALO (2)	REGULAR (3)	BUENO (4)	EXELENTE(5)	N / A
A) Tiempo de Respuesta	<input type="checkbox"/>					
B) Timepo de Entrega	<input type="checkbox"/>					
C) Ejecución de Servicio	<input type="checkbox"/>					
D) Atención al Cliente	<input type="checkbox"/>					
SUB TOTAL	<input type="checkbox"/>					
TOTAL						<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>

**OBSERVACIONES GENERALES (comentarios del empleado solicitante de la(s) tarea(s)):**

FECHA DE LA EVALUACION

		-			-				
DIA			MES			AÑO			

EMPLEADO QUE EVALUA

\_\_\_\_\_

Nombre de Empleado

\_\_\_\_\_

Firma