



Obras Sanitarias del Estado
Sistema SGCaSSNN

Instructivo Resolución PA PROBLEMAS ABASTECIMIENTO

Nro. 08 - V01
Página 1 de 1

PA PROBLEMAS ABASTECIMIENTO

DÍA _____ MES _____ AÑO _____ HORA _____ NUMERO OT _____ HORA OT _____

CALLE _____ PUERTA DUPL. _____ APTO. _____ PERSONAL _____ PADRON _____

1er ESQUINA _____ 2da ESQUINA _____ REFERENCIA _____

MANZANA _____ SOLAR _____ ZONA _____ PADRON _____ BARRIO _____

MEDIDOR _____ SECTOR SUMINISTRO _____ TITULAR DE CUENTA _____

PERSONA QUE REALIZO EL RECLAMO _____ DOCUMENTO _____ TELEFONO _____

OBSERVACIONES _____

ATRIBUTOS _____

SERVICIO SOLICITADO

CODIGO _____ DESCRIPCION _____

INUNDA ☐ SIN AGUA ☐ PERJUDICA ☐ POCA PRESION ☐ T.A.C. ☐ EMPRESA _____

SERVICIO EJECUTADO

FECHA _____ HORA _____

INICIO _____ FIN _____

HAY PERDIDA ☐

UBICACION

VEREDA _____ CON PAV. _____

CALLE _____ SIN PAV. _____

LADO MEDIDOR _____ CON CORTE _____

TAREA EN

CONEXION ☐ LLAVE DE PASO ☐ REPARAR ☐ DESDE LLAVE ☐ MAT. ORIGINAL ☐ P¹ C¹

MEDIDOR ☐ CAMBIAR/RENOVAR ☐ CAMBIAR/RENOVAR ☐ DESDE FERRUL ☐ P¹ F¹

CAJO ☐ EVITAR PERDIDA ☐ DESCUBRIR ☐ CORTA ☐ P¹ G¹

FERRUL ☐ DESCUBRIR ☐ LARGA ☐ RAJADO ☐ PVC ☐ PEAD ☐ PLOMO ☐

ABRAZADERA ☐ CERRAR ☐ TROZADO ☐ DIAMETRO _____

RED ☐ JUNTA ☐ RETIRAR ☐ BANDEAR ☐ CATED ☐

RAMAL ☐ VALVULA ☐ COL. MED. HURTO ☐

SCIO. C/INCENDIO ☐ HIDRANTE ☐

OTROS _____

FIRMA ENC. DE EQUIPO

DAÑO SOBRE INSTALACIONES DE TERCEROS

EMPRESA _____ DAÑO PROVOCADO _____ AVISADO A: _____

SERVICIO NO EJECUTADO

CODIGO _____ DESCRIPCION _____

SUPERVISION CAPATACIA

HORAS AUTORIZADAS _____ REVISADO ☐

FIRMA SUPERVISOR/MONITOR

Datos previamente cargados en el Sist. Si se omite algún dato debe gestionarse

Indicativo de si afecta o no el consumo

Se debe completar todos los campos con las especificaciones de las tareas (ubicación, acción realizada, atributos, materiales, diámetro de la conexión)

Si no se puede realizar el trabajo, realizar las aclaraciones pertinentes

T.A.C: Trabajos a Cobrar Si la rotura es causada por terceros

Se debe colocar fecha y hora (inicio-fin) del trabajo realizado

Colocar las observaciones correspondientes

T.A.P: Trabajos a Pagar Si se causa roturas a terceros

	Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
Nombre			
Cargo			
Fecha			
Firma			