

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DEL GOLFO DE MÉXICO

*Por Una Educación Integral Con Sentido Humanista "*

*"Ciencia y Tecnología que transforman "*

COORDINACIÓN DE DESARROLLO TECNOLÓGICO

**SOLICITUD DE SERVICIO**

PR-RTST-01-F1/REV 05



**Información rellena por el solicitante. Inicio de solicitud**

I. FECHA DE SOLICITUD:  /  /  HORA:

NOMBRE DEL SOLICITANTE:

USUARIO (MARQUE): ESTUDIANTE  DOCENTE  ADMINISTRATIVO

DATOS DEL SERVICIO: marque el servicio que corresponda

| REDES TELECOMUNICACIONES Y SOPORTE  | DESARROLLO Y DIFUSIÓN DE SISTEMAS  | DESARROLLO TECNOLÓGICO  |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Prob. PC/laptop<br><input type="checkbox"/> Prob. Internet/RI<br><input type="checkbox"/> Prob. impresora<br><input type="checkbox"/> Prob. periféricos<br><input type="checkbox"/> Prob. sftware/instalación<br><input type="checkbox"/> Respaldo de info/sftware | <input type="checkbox"/> Tiene necesidades de información<br><input type="checkbox"/> Problemas de sistema/sftware<br><input type="checkbox"/> Nuevo reporte/aplicación<br><input type="checkbox"/> Adecuación de sistema<br><input type="checkbox"/> Desarrollo de sistema nuevo<br><input type="checkbox"/> Otro de sistemas | <input type="checkbox"/> Gestión tecnológica<br><input type="checkbox"/> Diagnóstico<br><input type="checkbox"/> Monitoreo tecnológico<br><input type="checkbox"/> Desarrollo tecnológico<br><input type="checkbox"/> Medición del impacto<br><input type="checkbox"/> Otro |

DESCRIPCIÓN DEL REQUERIMIENTO:

**Información rellena por el prestador del Servicio**

II. INICIO DE ATENCIÓN:  /  /  HORA:  # DE SERVICIO ASIGNADO:

EVALUACIÓN DEL TÉCNICO:

OBSERVACIONES:

**Información rellena por el solicitante. Cierre de trabajos**

III. Indique FECHA:  /  /  HORA:

en que SE TERMINARON los trabajos, y, por favor, realice la evaluación del servicio

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| Tiempo que transcurrió desde la solicitud hasta su atención<br>Número de horas___<br>Número de días___<br>Número de meses___<br>Otra:_____ | La solicitud fue atendida después de haber llamado<br>Una sola vez ___<br>Dos veces ___<br>Tres veces ___<br>Otra: _____ | Tiempo que se requirió para hacer los trabajos<br>Número de meses___<br>Número de días___<br>Número de horas___<br>¿Fue el acordado?<br><input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | En general, Usted califica el servicio como<br><input type="checkbox"/> Muy bueno<br><input type="checkbox"/> Bueno<br><input type="checkbox"/> Malo<br><input type="checkbox"/> Muy malo |
|--|--|---|---|

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ATIENDE

NOMBRE Y FIRMA DEL USUARIO