



UNIVERSIDAD DEL ISTMO

DEPARTAMENTO DE RED

SOLICITUD DE SERVICIO

FOLIO: _____

FECHA DE REPORTE

DÍA	MES	AÑO

Para llenar por el usuario:

NOMBRE DE USUARIO			
AREA		CUBICULO	
MODELO DE EQUIPO			
No. DE INVENTARIO		SERIE	
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA O SERVICIO SOLICITADO			

Para uso del Departamento de Red

PERSONA QUE RECIBIÓ EL REPORTE			
EQUIPO Y ACCESORIOS RECIBIDOS			
FECHA DE INICIO		FECHA DE TÉRMINO	
DIAGNÓSTICO			
SOLUCIÓN Y MATERIAL UTILIZADO			
OBSERVACIONES			

Al firmar este documento, el usuario acepta la responsabilidad de mantener y hacer buen uso de la configuración e instalación básica que la Red UNISTMO le ha designado al dispositivo electrónico aquí expuesto. En caso de que el usuario modifique o instale otros programas en este equipo deberá contar con la licencia respectiva del software instalado.

Firmar después de emitido el diagnóstico o solución

Nombre y firma de conformidad de usuario Recibe equipo	Nombre y firma Atendió reporte
---	---

SERVICIO:	() Excelente	() Bueno	() Deficiente
Comentarios al servicio:			