UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIHUAHUA
Coordinación General de Tecnologías de Información
Departamento de Atención a Usuarios

REPORTE DE RECLAMACIÓN

FOLIO _____

FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN: _____ MEDIO DE RECEPCIÓN: _____

DATOS DEL USUARIO			
Nombre del usuario:		No. empleado o matrícula:	
Dependencia / Unidad Académica:		Teléfono(s):	

DESCRIPCIÓN DE LA QUEJA

ORIGEN DE LA QUEJA								
Solicitud de Servicio (SGAU's):	Proyecto:				Otro (especifique):			
Área(s) responsable(s) *Marque con una "X"*	*DAU*	*DSI*	*DRT*	*DSE*	*CSC*	*CNO*	*CAD*	*CPY*
Servicio Afectado								
Nombre(s) y firma(s) de responsables de área								

PLAN DE ACCIÓN			
ACCIÓN	DESCRIPCIÓN	NOMBRE Y FIRMA DE RESPONSABLE	FECHA DE TERMINO
CONTENCIÓN			
CORRECTIVA			
PREVENTIVA			

Seguimiento de que el plan de acción sea eficaz:
(Marque con una X según corresponda)

PLAN DE ACCIÓN EFECTIVO:	Si	No	15 días	30 días	45 días	Más de 45 días
Comentarios:						
VERFICADA POR Nombre y firma						