



Coordinación General de Tecnologías de Información
Departamento de Redes y Telecomunicaciones
Área de Videoconferencias

Solicitud de Videoconferencia

Datos del Solicitante:

Nombre			
Dependencia			
Teléfono		Ext.	
Celular		Correo	

Datos del Servicio:

Nombre del Programa					
Repeticiones del Programa (Solo llene las líneas necesarias para incluir todas las repeticiones del programa de videoconferencia)	Fecha (dd/mmm/aaaa)		Hora		Duración
	Fecha (dd/mmm/aaaa)		Hora		Duración
	Fecha (dd/mmm/aaaa)		Hora		Duración
	Fecha (dd/mmm/aaaa)		Hora		Duración
	Fecha (dd/mmm/aaaa)		Hora		Duración
	Fecha (dd/mmm/aaaa)		Hora		Duración
	Fecha (dd/mmm/aaaa)		Hora		Duración
	Fecha (dd/mmm/aaaa)		Hora		Duración
	Fecha (dd/mmm/aaaa)		Hora		Duración
	Fecha (dd/mmm/aaaa)		Hora		Duración
	Fecha (dd/mmm/aaaa)		Hora		Duración
	Fecha (dd/mmm/aaaa)		Hora		Duración
	Fecha (dd/mmm/aaaa)		Hora		Duración
	Fecha (dd/mmm/aaaa)		Hora		Duración
	Fecha (dd/mmm/aaaa)		Hora		Duración

*La hora deberá estar expresada en formato de 24 hrs.

Conexiones RED UACH:

Indique los centros con los que se realizará la conexión

Red de videoconferencias UACH	Nodos Foráneos

Esta solicitud solo avala la reservación del equipo de videoconferencias, **NO** de la sala. La sala deberá ser solicitada por el interesado a la dependencia correspondiente.