



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

SOLICITUD DE SERVICIOS DEL ÁREA DE VIDEOCONFERENCIAS

INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD:

Número de solicitud (SGAUS): _____ Folio: _____ Solicitud Aceptada: SI NO
Nombre del solicitante: _____
Fecha de la solicitud (dd/mmm/aaaa): ____/____/____

INFORMACIÓN DEL EVENTO, CURSO O PROGRAMA:

Nombre: _____
Responsable(s) Técnico(s): _____
Fecha de Inicio: ____/____/____ Hora de Inicio: ____:____ Duración: _____
Sala Solicitada: Multimedia Videoconferencias NA

Fecha de envío del correo al DECAD: ____/____/____
Sala Autorizada: SI NO
Fecha de Contestación (DECAD): ____/____/____

SERVICIO REQUERIDO:

VIDEOCONFERENCIA

Nodo Emisor _____ # participantes _____

TELE CONFERENCIA

Internet: http://: _____
 EDUSAT: Canal: _____

NETCONFERENCE

Facultad solicitante _____ Cuenta a Utilizar _____

GRABACIÓN

Formato original _____ Formato de copia _____ # copias _____

REPRODUCCIÓN DE VIDEO

Formato _____

OBSERVACIONES:

