



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

Solicitud de Teleconferencia

Datos del Solicitante:

Nombre	
Dependencia	
Teléfono	
Celular	
Correo	

Datos del Servicio:

Nombre del Programa											
Periodo	Fecha Inicial DD/MM/AAAA				Fecha Final DD/MM/AAAA						
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado					
Hora de Inicio (HH:MM)		Hora de Termina									

Marque con una X los días de la semana en que se llevara a cabo el programa.

Tipo de Teleconferencia:

Red EDUSAT.

Sala	Multimedia	Videoconferencias	
Canal			

Internet.

Sala	Multimedia	Videoconferencias	
http://			

Nota 1

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