



Universidad Autónoma de Chihuahua.

FACULTAD DE MEDICINA



Solicitud de Servicio Departamento de Sistemas

Nombre: _____

Departamento: _____

Indicaciones: _____

Servicio: _____

	Día	Mes	Año	T.R.
Fecha Solicitud				
Fecha Liberación				

No. Servicio	Tiempo Estimado	Tiempo Real

Asignado a: _____

Observaciones: _____

Responsable UTI

Usuario

FOR 6.3 ISO 08

REV. 3



Universidad Autónoma de Chihuahua.

FACULTAD DE MEDICINA



Solicitud de Servicio Departamento de Sistemas

Nombre: _____

Departamento: _____

Indicaciones: _____

Servicio: _____

	Día	Mes	Año	T.R.
Fecha Solicitud				
Fecha Liberación				

No. Servicio	Tiempo Estimado	Tiempo Real

Asignado a: _____

Observaciones: _____

Responsable UTI

Usuario

FOR 6.3 ISO 08

REV. 3