



Universidad Autónoma de Chihuahua.

FACULTAD DE MEDICINA



Solicitud de Servicio

Departamento de Sistemas

Nombre: _____

Departamento: _____

Indicaciones: _____

	Día	Mes	Año	T.R.
Fecha Solicitud				
Fecha Liberación				

Servicio:

No. Servicio	Tiempo Estimado	Tiempo Real

Asignado a: _____

Tipo de Servicio: Urgente (1 día) ☐

Observaciones: _____

Normal (3 días) ☐

Especial (+3 días) ☐

Responsable UTI

Usuario

FOR 6.3 ISO 08

REV. 2



Universidad Autónoma de Chihuahua.

FACULTAD DE MEDICINA



Solicitud de Servicio

Departamento de Sistemas

Nombre: _____

Departamento: _____

Indicaciones: _____

	Día	Mes	Año	T.R.
Fecha Solicitud				
Fecha Liberación				

Servicio:

No. Servicio	Tiempo Estimado	Tiempo Real

Asignado a: _____

Tipo de Servicio: Urgente (1 día) ☐

Observaciones: _____

Normal (3 días) ☐

Especial (+3 días) ☐

Responsable UTI

Usuario

FOR 6.3 ISO 08

REV. 2