

**REPORTE DE ATENCION A USUARIOS FOLIO #C/RU/ /2025**

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| Fecha:   |   | <u>Llene solamente la parte sombreada.</u> Sin los datos completos no se podrá realizar el servicio.<br>Si requiere copia, entregue la solicitud por duplicado. <b>Haga un reporte por cada número de inventario.</b>   |   |
| Persona que reporta:   |   |   | Firma:  |
| Responsable del equipo:  |   |   |   |
| Dirección, Departamento ó Area:  |   |   |   |
| Elija reportar una <b>falla</b> ó solicitar un <b>servicio</b> :   |   |   | Descripción de la Falla o Servicio requerido: |
| <b>Equipo que Falla:</b><br><input type="checkbox"/> Computadora<br><input type="checkbox"/> Impresora<br><input type="checkbox"/> Monitor<br><input type="checkbox"/> Mouse<br><input type="checkbox"/> Teclado<br><input type="checkbox"/> Otros _____ | Número de Inventario _____<br>Número de Serie _____<br>Marca y Modelo _____ | <b>Servicio:</b><br><input type="checkbox"/> Consulta e-mail<br><input type="checkbox"/> Scanner<br><input type="checkbox"/> Impresión<br><input type="checkbox"/> Instalar Software<br><input type="checkbox"/> Respaldo<br><input type="checkbox"/> Otros _____ |   |
| Localización del Equipo (Edificio, Piso y Cubículo):   |   | Nombre y Firma del Director o Coordinador   |   |
| Ext. Telefónica  | Dirección IP  | Diagnóstico:  |   |
| <b>Se recibe el equipo con:</b><br><input type="checkbox"/> Cables _____<br><input type="checkbox"/> Cartuchos de Tinta _____<br><input type="checkbox"/> Tapas _____<br><input type="checkbox"/> Otros _____  |   |   |   |
| Reparación efectuada:  |   |   |   |
| Refacciones utilizadas:  |   | Software instalado:   |   |
| Atendido por:  | Fecha:  | <b>El reporte fue atendido</b><br>Solucionado SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>Nombre:<br>Firma:<br>Fecha:  |   |
| Notas:   |   |   |   |
| Reporte recibido por (nombre, firma, fecha y hora):  |   |   |   |