



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

## DEPARTAMENTO DE TECNOLOGÍA EDUCATIVA

### SOLICITUD DE SERVICIOS (PC PUMA Y LABORATORIOS DE CÓMPUTO)

ÁREA SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ FOLIO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE SOLICITUD: \_\_\_\_\_  
Nombre y Firma DÍA MES AÑO

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

QUIEN TOMA EL REPORTE: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

HE LEIDO Y ESTOY DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA PC PUMA (<https://pcpuma.fmvz.unam.mx>)

#### PRÉSTAMO DE EQUIPO PC PUMA

<input type="checkbox"/> LAPTOP	<input type="checkbox"/>	NOMBRE DE EQUIPO: _____	Dirección MAC: _____
<input type="checkbox"/> CHROMEBOOK	<input type="checkbox"/>	INVENTARIO: _____	SERIE: _____
<input type="checkbox"/> IPAD	<input type="checkbox"/>	MARCA: _____	UBICACIÓN: _____
		MODELO: _____	OTRO: _____

#### LABORATORIO DE CÓMPUTO

ACTIVIDAD	EQUIPOS	FECHA DE ACTIVIDAD	PLATAFORMA
Examen	<input type="checkbox"/> IPADS	<input type="checkbox"/> _____ <small>DÍA MES AÑO</small>	EXAMENES (ROJO) <input type="checkbox"/> CLASSROOM <input type="checkbox"/>
Clase	<input type="checkbox"/> LAPTOPS	<input type="checkbox"/>	AULA VIRTUAL <input type="checkbox"/> DIPLOMADOS <input type="checkbox"/>
Curso	<input type="checkbox"/> CHROMEBOOKS	<input type="checkbox"/> HORA DE INICIO _____	FMVZ EN LÍNEA <input type="checkbox"/> SIN USO DE PLATAFORMA <input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/> LABORATORIO	<input type="checkbox"/> DURACIÓN _____	APUNTES EN LÍNEA <input type="checkbox"/>
Actividad recurrente*	<input type="checkbox"/> CANTIDAD _____	<input type="checkbox"/> AULA Ó LAB. _____	OTRO _____
<small>*NOTA: SI SE TRATA DE ACTIVIDAD RECURRENTE OMITIR LA "FECHA DE ACTIVIDAD" Y EN SU CASO INDICARNOS LOS DÍAS QUE SE REQUERIRÁ EL SERVICIO, ASÍ COMO LA FECHA DE INICIO Y DE TÉRMINO DE LA MISMA.</small>			Asignatura _____
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V			Profesor _____
Fecha inicio _____ Fecha fin _____			Grupo _____

#### CANCELACIÓN DE ACTIVIDAD

NOMBRE \_\_\_\_\_ DÍA / HORA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

#### DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO / SOLICITUD

OBSERVACIONES	CONFORMIDAD DEL USUARIO DE RECIBIR EL SERVICIO	ATIENDE POR PARTE DEL DEPARTAMENTO DE TECNOLOGÍA EDUCATIVA
	_____ Nombre y firma	_____ Nombre y firma

**Nota:** Es necesario elaborar una solicitud por cada servicio requerido