Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción
(ASSMCA)
Oficina de Informática

# SOLICITUD DE SERVICIOS TELEFONICOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del Peticionario: | | Centro: | Número de Servicio: |
| Puesto: | | Código de Centro: | |
| Dirección: | | Número Piloto: | Fecha: |
| Teléfono contacto: | Extensión: | | |

***CLASE DE SERVICIO:***

☐ Cambio Plan de Llamadas:

Acceso:

☐ A ☐ B ☐ C

☐ D ☐ F ☐ E

| |
|---|
| Extensión ó Número Teléfono: |
| No. Propiedad: |
| Serial Number: |
| Mac Address: |
| Nombre Usuario: |
| Ubicación: |

☐ Nuevo Equipo

☐ Unidad 7911

☐ Unidad 7942

☐ Unidad 7962

☐ Traslado ☐ Baja

| |
|---|
| Extensión ó Número Teléfono: |
| No. Propiedad: |
| Serial Number: |
| Mac Address: |
| Nombre del Usuario: |
| Ubicación: |

**Leyenda:**

**A** - Internal (extensions only)
**B** - Internal - local (metro area)
**C** - Internal - local (PR wide)
**D** - Internal - local (PR wide) - Voice Mail
**F** - Internal - local (PR wide) - National Calls (U.S)
**E** - Internal - local (PR wide) - International Calls (U.S) - Voice Mail

☐ Renombrar Unidad de Teléfono

| |
|---|
| Extensión: |
| No. Propiedad: |
| Serial Number: |
| Mac Address: |
| Nombre Usuario: |
| Ubicación: |

☐ Misceláneo

☐ Cable Manófono

☐ Cable conexión teléfono de 6’

☐ Cable conexión teléfono de 10’

☐ Otro:_____

_____

_____

**Justificación:** _____

_____

_____ _____ _____ _____

Firma del Peticionario Fecha Firma Supervisor Fecha

**EL PETICIONARIO Y/O SUPERVISOR SERA RESPONSABLE DEL BUEN USO DE LOS SERVICIOS DE TELEFONIA DIGITAL AUTORIZADOS, VELANDO POR SEGUIR LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS SOBRE EL USO DE LOS SISTEMAS DE TELEFONIA E INFORMACION COMPUTARIZADOS DE ASSMCA.**

_____ _____

Firma del Director Regional o Gerente de Centro Fecha

**EL DIRECTOR O GERENTE SERA RESPONSABLE DE LA AUTORIZACION QUE LE PROVEE AL USUARIO O PETICIONARIO Y SOLICITARA, LA MODIFICACIÓN, ELIMINACIÓN, RE-ACTIVACION O INACTIVACION DEL SERVICIO DE TELEFONIA, EN CASO DE RE-UBICACIÓN O TRASLADO, RETIRO, RENUNCIA U OTRA TRANSACCIÓN DE CAMBIO DEL USUARIO.**

**Para uso exclusivo de la Oficina de Informática**

Firma Director: _____ Fecha: _____

Firma Técnico: _____ Fecha: _____

Notas / Comentarios:

_____