|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Solicitud de Servicios  |  | **MAAGTICSI** |
| Formato de solicitud de servicios a ser canalizado a la Mesa de Servicios de Subdirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones. |  |
|  |

 |

**1. Solicitud**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y cargo del solicitante:** |  | **Numero de Solicitud** |  |
| **Área:** |  | **Extensión:** |  | **Fecha de la solicitud** |  |

|  |
| --- |
| 1. **SOLICITUD DE CLAVE**
 |
| **ALTA [ ]** | **BAJA [ ]** | **MODIFICACION [ ]** |
| **SAIH [ ]** **Sistema Automatizado de Información Hospitalaria****SIA [ ]****Sistema Integral de Administración** | **R.F.C:** |
| **Cédula Profesional:** |
| **Módulo: Firma electrónica: Si [ ] No [ ]** |
| **Usuario de Red [ ]****Señale los servicios que requiere el usuario** | **Nombre de usuario:****(solo aplica para baja o modificación)** |
| **Servicio:** | **Internet [ ]** | **Correo electrónico [ ]** |
| **Fecha de Aplicación:** |  |
|  |
| 1. **OTRO**
 |
| **Activo o servicio de TIC:** |  | **No. de Inventario:** |  |
| **Descripción de la solicitud:** |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Justificación:** |  |
|  |

**AUTORIZACIÓN DEL ÁREA SOLICITANTE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Firma del solicitante:** |  | **Firma de Autorización:** |  |
| **Nombre y cargo:**  |  |

**Diagnóstico**

**(Este apartado es exclusivo para el llenado de la Subdirección de Tecnologías de la Información y Comunicaciones)**

**ANÁLISIS PRELIMINAR DEL IMPACTO**

|  |
| --- |
| **Solución propuesta:** |
| **Prioridad** |  **Alta [ ] Media [ ] Baja [ ]** |
| **Solución** | **Total** | [ ] | **Describa la solución o motivo de rechazo:**  |
| **Parcial** | [ ] |
| **Rechazar** |  [ ] |
| **Nombre y cargo del responsable de la Aprobación de la solución** |  | **Firma:** |  |

**Solución**

**BITÁCORA DE ACCIONES PARA LA ATENCIÓN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** | **Acción** | **Responsable** | **Observación** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **OBSERVACIONES FINALES** |  |

**Campos obligatorios para el usuario, una vez que haya sido solventado su servicio.**

|  |
| --- |
| **Entrega de la Solución** |
| **Nombre y cargo del responsable de la atención** |  | **Firma:** |  |
| **Recepción de la Solución Aplica:** | **Si [ ]** | **No [ ]** |
| **Nombre y cargo del usuario** |  | **Firma:** |  |

**Para mejorar la calidad del servicio se solicita conteste la siguiente encuesta:**

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTAS** | **RESPUESTA** |
| **SI** | **NO** |
| ¿La Mesa de Servicio de TIC provee al usuario de un número de referencia para el posterior seguimiento de cualquier solicitud realizada? |  |  |
| ¿Considera que el trato en la atención del personal de la Mesa de Servicio es adecuado? |  |  |
| ¿Considera que la solución a su solicitud es oportuna? |  |  |
| ¿Considera que la calidad de la solución es adecuada? |  |  |
| **OBSERVACIONES** |
|  |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre y cargo del solicitante:** | Esté deberá ser la persona que dará gestión a la solicitud de servicio y con el que se podrán aclarar o ampliar la información referente a la solicitud. |
| **Número de Solicitud:** | Este número será asignado por la Mesa de Servicio al momento de su recepción. |
| **Área:** | Colocar nombre del Área y su ubicación (Cuerpo y Nivel) |
| **Extensión:** | Número de extensión y horario en el que podemos contactar al solicitante. |
| **Fecha de la solicitud** | Fecha en la que se entrega el servicio a la Mesa de Servicios. |
| De requerir una cuenta de usuario de red o a los sistemas de misión crítica (SAIH/SIA), deberá ocupar el apartado**A) Solicitud de Clave:**1. Determinando primero si es una alta, baja o modificación,

Alta (nuevos usuario), Baja (usuarios que terminan su relación laboral con la Institución) o Modificación (usuarios que cambian de funciones y por lo tanto requieren otros permisos).1. Posteriormente indicar el tipo de usuario: Red, SAIH o SIA y llenar los campos necesarios de cada apartado.
2. Y por último definir la Fecha de aplicación: para permitir o denegar los accesos.

Para la atención del servicio se requiere que el usuario se identifique con la credencial del IFE o del INR, ya que es un trámite personal.**NOTA:** Para el personal Médico, de Enfermería, Trabajador Social y Terapistas es indispensable anexar a su Solicitud copia de la Cédula Profesional y CURP para poder generar la firma electrónica.Para solicitar cualquier otro Servicio de TIC´s se deberá ocupar el apartado **B) Otro,** **Activo o servicio de TIC:** Equipo, servicio o módulo del sistema que se requiere,**No. de Inventario:** Este apartado solo aplica para los equipos de cómputo (CPU, impresora, monitor, etc.**Descripción de la solicitud:** Describir de manera clara y precisa el servicio que requiere, de lo contrario, la Mesa de Servicio se podrá comunicar con el solicitante para aclarar y delimitar el servicio, lo que demorará su atención.En caso de modificación en la Nota Médica indicar Nombre de la nota, Nombre del paciente, No. de expediente y se deberá presentar el Médico que elaboró la nota para su atención. |
| **Justificación:** Campo obligatorio para cualquier tipo de solicitud. Explicar de forma convincente el motivo de su solicitud (el por qué y para qué), de lo contrario esta solicitud será rechazada. |
| **Firma del solicitante:** Campo obligatorio.La firma deberá corresponder al solicitante arriba descrito. |
| **Firma de Aprobación:** Campo obligatorio.De acuerdo al Catálogo de Servicios y padrón de firma registrado en la Mesa de Servicio |

Es importante proporcionar la información necesaria para poder agilizar la atención de su Solicitud de Servicio.

Una vez elaborada la Solicitud de Servicio, solo imprimir las hojas 1 y 2, en una misma hoja evitando así el desperdicio de papel.

1. **Bitácora de Control de Cambios**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **0.2** | **Descripción del Cambio** |  **Fecha de evaluación** | **Aprobador** | **Aceptado /Rechazado** | **Fecha de aplicación** |
| 01 | Actualización de la Imagen Institucional | JUN 15 | Mtra. Ma. De Lourdes Zaldívar Martínez | Aceptado | JUN 15 |
| 02 | Transición del SGC de la Norma ISO 9001:2008 a la Norma ISO 9001:2015Revisión de contenidos y actualización de encabezados | MAY 18 | M. en I. María Isabel Garrido Galindo | Aceptado | MAY 18 |
| 03 | Actualización de Imagen Institucional | DIC 20 | M. en I. María Isabel Garrido Galindo | Aceptado | DIC 20 |