|  |
| --- |
| **TELEFONÍA** |
| **Elemento** | **Observación/acción****(3)** | **Área específica****(4)** | **Fecha tentativa programada** **(5)** |
| Equipo de telefonía |  |  |  |
| Conductores |  |  |  |
| Tubería |  |  |  |
| Centro de carga |  |  |  |
| Reprogramación de sistema |  |  |  |
| Auricular |  |  |  |

**Departamento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fecha\_\_\_\_\_(2)\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **SISTEMA DE AUDIO** |
| **Elemento** | **Observación/acción** | **Área específica** | **Fecha tentativa programada** |
| Bocina |  |  |  |
| Power |  |  |  |
| Mixer |  |  |  |
| Conductores |  |  |  |
| Rack |  |  |  |
| Break |  |  |  |
| Centro de carga |  |  |  |
| Trasmisor de FM |  |  |  |
| Micrófono |  |  |  |
| Convertidor |  |  |  |
| Porta micrófono |  |  |  |

|  |
| --- |
| **PROYECTORES** |
| **Elemento** | **Observación/acción** | **Área específica** | **Fecha tentativa programada** |
| Luminaria |  |  |  |
| Abanico |  |  |  |
| Rack |  |  |  |
| Tarjeta |  |  |  |
| Foco |  |  |  |
| Conector |  |  |  |
| Break |  |  |  |
| Fuente de energía |  |  |  |

|  |
| --- |
| **EQUIPO DE CÓMPUTO** |
| **Elemento** | **Observación/acción** | **Área específica** | **Fecha tentativa programada** |
| Computadora de Escritorio |  |  |  |
| Computadora portátil |  |  |  |
| Servidor |  |  |  |
| Escáner-Fotocopiadora |  |  |  |
| Monitores |  |  |  |
| Pantallas de comunicación |  |  |  |
| Proyectores |  |  |  |
| Reguladores |  |  |  |
| No break, UPS |  |  |  |
| Impresora de inyección |  |  |  |
| Impresora laser |  |  |  |

 (6)

-----------------------------------------------------

**JEFE(A) DEL ÁREA VERIFICADA**

### NSTRUCTIVO DE LLENADO

|  |  |
| --- | --- |
| **NUMERO** | **DESCRIPCIÓN** |
| 1 | Anote el departamento al cual se le está realizando el diagnostico |
| 2 | Anote la fecha del levantamiento de diagnostico  |
| 3 | Anote las observaciones según corresponda su rubro  |
| 4 | Anote el área específica al cual pertenece el diagnostico generado  |
| 5 | Fecha tentativa para subsanar dicha observación  |
| 6 | Nombre de y firma del jefe(a) del área verificada  |