



Reporte de Servicio

Folio: 000000

Cliente: _____ Dirección: _____ _____ Tel.: _____ Falla reportada: _____ Reporta: _____	Fecha del Reporte: _____ Hora del Reporte: _____ Ingeniero: _____ Llego: _____ Salio: _____ Tiempo Trabajado: _____
---	---

Garantía: Cobro: C. Mantto.: Otros:

Servicio de Cableado	Voz	Datos	Servicio de Equipo	
Cableado Nuevo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Configuración total del equipo:	<input type="checkbox"/>
Reubicación de cableado:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reconfiguración de troncal:	<input type="checkbox"/>
Checar cableado:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reconfiguración de extensión:	<input type="checkbox"/>
Cableado de fibra óptica:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reconfiguración de facilidades:	<input type="checkbox"/>
Reubicación de Fibra Óptica:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Configuración total de Correo de Voz:	<input type="checkbox"/>
Conectorización de Fibra Óptica:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reconfiguración de Correo de Voz:	<input type="checkbox"/>
Cableado coaxial:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Capacitación de uso de correo de voz:	<input type="checkbox"/>
Reubicación de Coaxial:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Capacitación de Aparatos Telefónicos:	<input type="checkbox"/>
Conectorización de Coaxial:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros:	<input type="checkbox"/>

Observaciones: _____

Calidad del Servicio

Excelente: Bueno: Regular: Malo:

Su opinión es importante: _____

Firma de Técnico en Servicio

Firma de Conformidad