|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha:** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datos del solicitante: (obligatorio)** | | | | | |
| Nombre de usuario:    Puesto:  Extensión:  Correo electrónico oficial: | | | | Dirección:  Subdirección:  Departamento:  Otro: | |
| **Llenar según requerimiento** | | | | | |
| **Cambio de nombre o actualización de información de extensión:** | | | | | |
| **Datos actuales:**  Extensión:  Nombre:  Puesto:  Área: | | | | **Datos a actualizar:**  Extensión:  Nombre:  Puesto:  Área: | |
| **Solicitud de nueva extensión (sujeto a disponibilidad).** | | | | | |
| **Indique tipo de equipo telefónico:**  Teléfono físico  Softphone (software que se instala  en la computadora, solo funciona con S.O. Windows e implica que el solicitante cuente con diadema, consulte la ficha tecnica en la seccion de formatos): | | | **Información del usuario:**  Extensión:  Nombre:  Puesto:  Departamento: | | |
| **Liberación de extensión para llamadas externas sin código de autorización (PREFERENTEMENTE PARA CUBICULOS)** | | | | | |
| Extensión: | Permisos hasta: | Interno (nivel 1) | | | Local (nivel 2) |
| Larga Distancia (nivel 3) | | | Total (nivel 4) |
| **Otros** | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Alta/baja de extensión | Reubicación de extensión  0 | | Grupo de captura |
| Reporte de llamadas | Programación de accesos directos | | Alta/baja/cambio DID  (asignacion de linea directa; exclusivo, Directores, Subdirectores y Jefes de Depto.; sujeta a disponibilidad) |
| Cambio de código de marcación  Anote el nivel y codigo telefonico actual:\_\_\_\_\_\_\_\_  Si desea cambiar el nivel de codigo, indique el nivel deseado:\_\_\_\_\_\_ | | |
|  |

|  |
| --- |
| **Aviso de Privacidad Simplificado para la asignación de servicios en materia de tecnologías de la información** |
| La Secretaría de Salud de Veracruz (Departamento de Tecnologías de la Información) es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione.  Los datos personales que recabamos de usted, serán utilizados para las siguientes finalidades: a) la asignación de servicios que proporciona el departamento de Tecnologías de la Información (cuenta de correo electrónico, acceso a Internet, acceso a la Red LAN, servicio telefónico, acceso a sistemas institucionales y acceso al portal institucional), b) Evitar homonimias en la asignación de servicios tecnológicos c) aquellas similares o análogas a las anteriores.  Los datos personales recabados no serán utilizados para fines adicionales.    Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al Aviso de Privacidad Integral a través de la dirección electrónica:  https://www.ssaver.gob.mx/transparencia/informacion-publica-de-oficio-articulo-8-ltyaip/aviso-de-privacidad/ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Firma de solicitante**: | **Autoriza**  **(exclusivo Director o Subdirector)**  *Nombre y firma* | **Firma de conformidad al concluir la solicitud:** |