



## HOJA DE REQUERIMIENTO DE ATENCIÓN - PROGRAMA OLPC (Anexo 01)

INSTITUCIÓN EDUCATIVA  CÓDIGO LOCAL I.E.

DEPARTAMENTO  PROVINCIA

LOCALIDAD  DIRECTOR

Nº SERIE DE LA MAQUINA

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

---



---



---

\* Declaro haber intentado solucionar el problema y haber llamado al Call Center 080040210 y al no superar el problema se hace el pedido correspondiente de atención a la UGEL .....

Director (Firma y Sello)

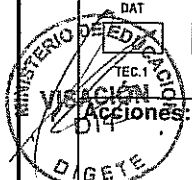
Nombre: .....

DNI: .....

DIA	MES	AÑO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## HOJA DE RUTA XO

DESTINO	ACCIONES (Ver cuadro de acciones abajo)	INDICACIONES ESPECÍFICAS / OBSERVACIONES																																	
<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PROFESOR</td> <td>UGEL</td> <td>DRE</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DAT</td> <td>DIGETE</td> <td>ADM</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TEC.1</td> <td>TEC.2</td> <td>TEC.3</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROFESOR	UGEL	DRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DAT	DIGETE	ADM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TEC.1	TEC.2	TEC.3	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">Firma y Sello</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Fecha:</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Firma y Sello					Fecha:					<hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
PROFESOR	UGEL	DRE																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
DAT	DIGETE	ADM																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
TEC.1	TEC.2	TEC.3																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Firma y Sello																																			
Fecha:																																			
<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PROFESOR</td> <td>UGEL</td> <td>DRE</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DAT</td> <td>DIGETE</td> <td>ADM</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TEC.1</td> <td>TEC.2</td> <td>TEC.3</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROFESOR	UGEL	DRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DAT	DIGETE	ADM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TEC.1	TEC.2	TEC.3	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">Firma y Sello</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Fecha:</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Firma y Sello					Fecha:					<hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
PROFESOR	UGEL	DRE																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
DAT	DIGETE	ADM																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
TEC.1	TEC.2	TEC.3																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Firma y Sello																																			
Fecha:																																			
<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PROFESOR</td> <td>UGEL</td> <td>DRE</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DAT</td> <td>DIGETE</td> <td>ADM</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TEC.1</td> <td>TEC.2</td> <td>TEC.3</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROFESOR	UGEL	DRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DAT	DIGETE	ADM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TEC.1	TEC.2	TEC.3	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">Firma y Sello</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Fecha:</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Firma y Sello					Fecha:					<hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
PROFESOR	UGEL	DRE																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
DAT	DIGETE	ADM																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
TEC.1	TEC.2	TEC.3																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Firma y Sello																																			
Fecha:																																			
<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PROFESOR</td> <td>UGEL</td> <td>DRE</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DAT</td> <td>DIGETE</td> <td>ADM</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TEC.1</td> <td>TEC.2</td> <td>TEC.3</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROFESOR	UGEL	DRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DAT	DIGETE	ADM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TEC.1	TEC.2	TEC.3	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">Firma y Sello</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Fecha:</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Firma y Sello					Fecha:					<hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
PROFESOR	UGEL	DRE																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
DAT	DIGETE	ADM																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
TEC.1	TEC.2	TEC.3																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Firma y Sello																																			
Fecha:																																			
<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PROFESOR</td> <td>UGEL</td> <td>DRE</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DAT</td> <td>DIGETE</td> <td>ADM</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TEC.1</td> <td>TEC.2</td> <td>TEC.3</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROFESOR	UGEL	DRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DAT	DIGETE	ADM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TEC.1	TEC.2	TEC.3	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">Firma y Sello</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Fecha:</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Firma y Sello					Fecha:					<hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
PROFESOR	UGEL	DRE																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
DAT	DIGETE	ADM																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
TEC.1	TEC.2	TEC.3																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Firma y Sello																																			
Fecha:																																			



- Acciones:
- 1.- Bateria
  - 2.- Monitor
  - 3.- Cargador
  - 4.- Teclado
  - 5.- Mouse Tactil
  - 6.- Maimboard
  - 7.- Otros: .....