

Nº AVISO

Nº LLAMADA CLIENTE

FECHA Y HORA DE LLAMADA

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| D                    | D                    | M                    | M                    | A                    | A                    | H                    | H                    | M                    | M                    |

CITA PREVIA

NOMBRE DEL CLIENTE \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

POBLACIÓN \_\_\_\_\_

|                                |                                  |   |                        |             |                                     |
|--------------------------------|----------------------------------|---|------------------------|-------------|-------------------------------------|
| AVISO <input type="checkbox"/> | TRABAJO <input type="checkbox"/> | CONTRACTUAL <input type="checkbox"/>    | TRABAJO DE LABORATORIO | LABORATORIO | Nº DE PROYECTO <input type="text"/> |
|                                |                                  | TIPO GARANTIA <input type="checkbox"/>  | Art. _____             | TALLER      |                                     |
|                                |                                  | FUERA CONTRATO <input type="checkbox"/> |                        |             |                                     |

|   |                          |
|---|--------------------------|
| Nº SERIE EQUIPO <input type="text"/>        | DESCRIPCIÓN DE LA AVERÍA |
| MARCA EQUIPO <input type="text"/>           |                          |
| (TABLA 1) TIPO MÁQUINA <input type="text"/> |                          |
| MODELO <input type="text"/>                 |                          |
| Nº TERMINAL <input type="text"/>            |                          |

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <b>INTERVENCIÓN</b><br>FECHA Y HORA DE INICIO<br><input type="text"/> | FECHA Y HORA DE FINALIZACIÓN<br><input type="text"/> | <b>ESTADO DEL AVISO</b><br>PENDIENTE <input type="checkbox"/> | TIPO DE INTERVENCIÓN<br>PARTE INTERVENIDA<br>TIPO DE ACTUACIÓN<br>EXCEPCIÓN |
| D D M M A A H H M M   | D D M M A A H H M M                                  | KMS. <input type="text"/>                                     | TEMPO DE DESPLAZAMIENTO<br>HH <input type="text"/> MM <input type="text"/>  |

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

---

OBSERVACIONES

**TIPO DE SERVICIO PRESTADO**

| Tipo | Descripción | Uds. |
|------|-------------|------|
|      |             |      |
|      |             |      |
|      |             |      |

| FACTURACIÓN A CLIENTE |                          |                        | IMPORTE                |
|-----------------------|--------------------------|------------------------|------------------------|
| DESPLAZAMIENTO        | <input type="checkbox"/> | X <input type="text"/> | = <input type="text"/> |
| MANO DE OBRA          | <input type="checkbox"/> | X <input type="text"/> | = <input type="text"/> |
| KMS.                  | <input type="checkbox"/> | X <input type="text"/> | = <input type="text"/> |
| MATERIALES NETO       |                          |                        | <input type="text"/>   |
| I.V.A.                |                          |                        | <input type="text"/>   |
| TOTAL I.V.A. INCLUIDO |                          |                        | <input type="text"/>   |

**MATERIAL DEL SERVICIO**

| Referencia | Descripción | Almacén | Ubicación | Uds. | Error | Estado | P | T | C | R |
|------------|-------------|---------|-----------|------|-------|--------|---|---|---|---|
|            |             |         |           |      |       |        |   |   |   |   |
|            |             |         |           |      |       |        |   |   |   |   |
|            |             |         |           |      |       |        |   |   |   |   |
|            |             |         |           |      |       |        |   |   |   |   |

**A cumplimentar por el cliente – Valoración global del servicio prestado:**

Excelente 
 Óptimo 
 Notable 
 Bien 
 Aceptable 
 Suficiente 
 Deficiente 
 Malo 
 Pésimo 
 Inaceptable 
 No valora

|   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| NOMBRE DEL TÉCNICO Y FIRMA<br>Nº DEL TÉCNICO<br>_____ | NOMBRE DEL USUARIO Y FIRMA<br>_____ |
|---|-------------------------------------|



### **CERTIFICADO DE BORRADO/FORMATEADO SEGURO O DESTRUCCIÓN SEGURA**

Por la presente, Don/Dña. \_\_\_\_\_ con número del DNI \_\_\_\_\_, en virtud del Contrato de Servicio con la Dirección de Arquitectura, Infraestructura y Servicios 2015 – P006841 – GESTION DEL PUESTO DE TRABAJO, certifica que se ha realizado el borrado/formateado seguro o destrucción segura de el/los equipo/s<sup>1</sup> especificados en la siguiente relación, mediante el método indicado<sup>2</sup>:

|   | <b>Marca y Modelo</b> | <b>Nº Serie HD</b><br>(en caso de sustitución HD por avería) | <b>Nº Puesto</b> | <b>Nº de serie del equipo</b> | <b>Método empleado</b><br>(Borrado seguro/Destrucción segura) |
|---|-----------------------|--|------------------|-------------------------------|---|
| 1 |                       |  |                  |                               |   |
| 2 |                       |  |                  |                               |   |
| 3 |                       |  |                  |                               |   |

El equipo fue borrado/formateado o destruido en las instalaciones de **MAPFRE** situadas en la siguiente ubicación:

- ✓ **Dirección (calle y nº):**
- ✓ **Código Postal:**
- ✓ **Ciudad:**
- ✓ **Provincia:**
- ✓ **Persona de contacto**<sup>3</sup>:
- ✓ **Teléfono de la persona de contacto:**
- ✓ **NIF de la persona de contacto:**
- ✓ **El equipo será para:**      Residuo<sup>4</sup>       Reutilización  en MAPFRE

Y deberá ser retirado en la siguiente dirección, correspondiente a las instalaciones habilitadas por MAPFRE: **ADVA. CAN FATJO DELS AURONS SANT CUGAT DEL VALLES**

**Además debe retirarse el siguiente material (indicar cantidad):**

\_\_\_\_ Teclados    \_\_\_\_ Ratones    \_\_\_\_ Impresoras (sin almacenamiento de memoria interno)    \_\_\_\_Otros

Y para que así conste se emite el siguiente **certificado de borrado/formateado seguro o destrucción segura** en \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Fdo: (Firma del técnico)

Nombre:

\_\_\_\_\_  
Fdo: (Firma de usuario / responsable de oficina/sello de la oficina)

Nombre:

<sup>1</sup> Se considera como equipo también a toda impresora que cuente con almacenamiento de memoria interno.

<sup>2</sup> Se deben indicar todos los equipos que se hayan borrado o destruido y el método utilizado:

- ✓ Borrado seguro
- ✓ Destrucción segura

<sup>3</sup> Se deberá indicar el nombre de la persona cuyo equipo es borrado/formateado o destruido de forma segura o el responsable de la oficina/departamento del que forma parte dicho usuario.

<sup>4</sup> Los equipos marcados Residuo serán destinados a donaciones o reciclaje, no debiéndose conectar a redes Mapfre una vez dados de baja



**CERTIFICADO INSTALACIÓN PUESTO TRABAJO EN OF.DELEGADA**

**DATOS DEL USUARIO**

FECHA:

NOMBRE Y APELLIDOS: ..... **NUUMA:** .....

TELÉFONO CONTACTO:

Nº INCIDENCIA:  Nº PETICIÓN:

Nº PUESTO: **P D M**  Nº SERIE:

MARCA:  MODELO:

**DATOS DE LA OFICINA**

DIRECCIÓN: .....

LOCALIDAD: ..... PROVINCIA: .....

**VALIDACIONES**

**TÉCNICO**

Equipo en Dominio (DES000).  
Instalación cliente SCCM.  
Instalación cliente LANDESK.  
Instalación y configuración SYMANTEC.  
Instalación Open Office.  
Asociación de archivos .doc, .xls, .ppt.  
Instalación Ms-Office (\*).  
Instalación dispositivo multifunción:  
• Impresora.  
• Escáner.  
• Fax.  
Configuración carpetas/permisos escaneo  
Versión de Maqueta utilizada:.....  
Versión de S.O (XP, W/):.....

**USUARIO**

Validación del usuario.  
Acceso al Portal Interno.  
Acceso a Internet.  
Multifunción.  
Recuperar datos del usuario.  
Funcionamiento de Outlook.

(\*) Ms-Office **SOLO** se instala en el puesto del Delegado de la oficina.

**OBSERVACIONES**

.....

Nombre y Apellidos del técnico.  
.....  
Firma.

Nombre y Apellidos del usuario.  
.....  
Firma.



## CERTIFICADO INSTALACIÓN PUESTO TRABAJO EN EDIFICIO/OF.DIRECTA

### DATOS DEL USUARIO

FECHA:   

NOMBRE Y APELLIDOS: ..... NUUMA: .....

TELÉFONO CONTACTO:  Nº INCIDENCIA:  Nº PETICIÓN: Nº PUESTO:  Nº SERIE MARCA:  MODELO: 

### DATOS DE LA OFICINA

DIRECCIÓN: .....

LOCALIDAD: ..... PROVINCIA: .....

### VALIDACIONES

#### TÉCNICO

|  |                          |
|--|--------------------------|
| Instalación Cliente SCCM.                | <input type="checkbox"/> |
| Instalación Cliente LANDESK.             | <input type="checkbox"/> |
| Instalación y configuración SYMANTEC.    | <input type="checkbox"/> |
| Direccionamiento IP /DNS).               | <input type="checkbox"/> |
| Unidades de red conectadas (U:, Public). | <input type="checkbox"/> |
| Asignación de impresoras.                | <input type="checkbox"/> |
| Instalación dispositivo multifunción:    | <input type="checkbox"/> |
| • Impresora.                             | <input type="checkbox"/> |
| • Escáner.                               | <input type="checkbox"/> |
| • Fax.                                   | <input type="checkbox"/> |
| Configuración buzones de escaneo.        | <input type="checkbox"/> |
| Configuración buzones departamentales    | <input type="checkbox"/> |
| Versión de Maqueta utilizada:.....       | <input type="checkbox"/> |

#### USUARIO

|                                      |                          |
|--------------------------------------|--------------------------|
| Validación del usuario.              | <input type="checkbox"/> |
| Acceso al Portal Interno.            | <input type="checkbox"/> |
| Acceso a Internet.                   | <input type="checkbox"/> |
| Multifunción / Impresora.            | <input type="checkbox"/> |
| Recuperar datos del usuario.         | <input type="checkbox"/> |
| Fucionamiento de Outlook.            | <input type="checkbox"/> |
| Funcionamiento de Ms-Office.         | <input type="checkbox"/> |
| Acceso a las sesiones de PSS/SIS(*). | <input type="checkbox"/> |

### OBSERVACIONES

(\*) Aplicable a usuarios de MAPFRE Familiar - Salud

Nombre y Apellidos del técnico.  
.....

Firma.

Nombre y Apellidos del usuario.  
.....

Firma.