

Oficina de Sistemas de Información
Oficina de Computación Académica

Rectoría

Apartado 7186
Ponce, PR 00732
Teléfono 844-8181, Ext. 2420

TIPO DE SOLICITUD	TIPO DE CUENTA
NUEVA	RENOVACION
MODIFICACION	

TIPO DE SOLICITANTE

INFORMACION DEL SOLICITANTE

NOMBRE

DEPARTAMENTO U OFICINA

FACULTAD

POSICION

TELEFONO

EXT

EMAIL

Seguro Social

PROPOSITO DE USO

DESCRIPCION BREVE DE USO

DISPOSICIONES QUE APLICAN AL SOLICITANTE PARA EL USO DE LAS TECNOLOGIAS DE INFORMACION:

La contraseña es secreta y no debe ser divulgada. La contraseña inicial, debe ser cambiada en el primer acceso que tenga a la cuenta. La cuenta es para uso exclusivo y oficial del solicitante. Este será responsable del contenido y utilización de la misma, en el periodo establecido. Las cuentas de correo Electrónico que son para un puesto de confianza, oficina u organización y son compartidas deben serlo de forma delegada. La información contenida en la cuenta y el material impreso desde la misma, podrá estar sujeto a auditorías. Se prohíbe almacenar en la cuenta material pornográfico de cualquier tipo y cualquier otro material que esté en violación de leyes de derechos de autor. Se prohíbe la utilización de lenguaje obsceno y/u ofensivo a través de cualquier tipo de comunicación en la Red. Está estrictamente prohibido instalar programas sujetos a restricciones de licencia sin la debida autorización de la empresa tenedora de los derechos de autor correspondientes. La Gerencia se reserva el derecho de cancelar en cualquier momento aquellas cuentas utilizadas para otros propósitos que no sean oficiales

CERTIFICACION DE USUARIO

Certifico que he leído las Disposiciones aquí expresas y entiendo que por el incumplimiento de alguna de ellas estaré sujeto(a) a las sanciones aplicables. Además, que la información aquí brindada es correcta.

FIRMA USUARIO

FECHA: DD-MMM-YYYY

CERTIFICACION DE OFICINA O DIVISION

Certifico que el solicitante pertenece a esta Oficina o División y que el trabajo a realizar está relacionado con sus tareas y es del interés de la Institución

FIRMA SUPERVISOR

FECHA: DD-MMM-YYYY

USO EXCLUSIVO DE LA OSI / OCA

Accion

Usuario

Contraseña

Fecha Creacion

Fecha Expiracion

Creada por:

Firma

Comentarios

FIRMA DIRECTOR/A OSI / OCA

FECHA

NOTA

Una vez completado el formulario en todas sus partes se enviará a la Oficina de Sistemas de Información. Al usar la cuenta por primera vez deberá cambiar la contraseña. La misma deberá tener 8 caracteres (letras y/o números) o más. Este formulario se empleará para notificar cambios ya sea en la dirección o cualquier otra información contenida en la solicitud original. Marque todas las opciones que correspondan.

