

DOCUMENTO CONTROLADO

Ciudad. _____	DIA	_____	MES	_____	AÑO	_____
---------------	------------	-------	------------	-------	------------	-------

Solicitante. _____		
Identificación. _____	Celular o N° Ext _____	_____
Correo electrónico. _____		

TIPO DE VINCULACIÓN			
Docente. ☐	Administrativo. ☐	Graduado. ☐	Estudiante. ☐
Facultad y/o dependencia: _____			

DATOS DEL EVENTO								
Nombre del evento o solicitud. _____				_____				
Modalidad: Presencial. ☐ Virtual. ☐ Híbrida. ☐								
Lugar o medio de transmisión. _____				_____				
Fecha inicial	Día	_____	Mes	_____	Año	_____	Hora	_____
Fecha final	Día	_____	Mes	_____	Año	_____	Hora	_____

SERVICIO REQUERIDO:			
☐ Diseño gráfico.	☐ Divulgación de información.	☐ Cubrimiento periodístico	
☐ Realización o edición de vídeo.	☐ Transmisión en vivo de evento.		
APOYO CON ELEMENTOS AUDIOVISUALES (Disponible solo para eventos académicos o institucionales)			
Sonido. ☐	Iluminación. ☐	Tarima ☐	Cableado. ☐

OBSERVACIONES O ANOTACIONES ADICIONALES.

_____	_____
Firma del Solicitante	Firma de funcionario



SOLICITUD SERVICIOS DIRECCIÓN DE COMUNICACIONES



CO-SC-CER803022

DOCUMENTO CONTROLADO