



CONTROL DE CAMBIO



DATOS PERSONALES

Nombre y apellido _____ Fecha _____ Telefono _____
Cargo _____ Área _____



TIPO DE CAMBIO

Funcional _____ Infraestructura _____ Recurrente _____
Emergencia _____ Prioridad _____ Impacto _____
Riesgo _____ Sis. afectados _____ Categoría _____
Sistema afectados _____



DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO PROPUESTO

DES.

Riesgos identificados _____
Impacto en las personas, los procesos o tecnológicos _____
Áreas o personas involucradas o afectadas por el cambio _____



PLAN DE IMPLEMENTACIÓN

Actividad _____
Responsable _____ Seguimiento _____
Intervención o corte _____ Hora inicio _____ Hora final _____ Fecha _____



PLAN DE PRUEBAS Y RECUPERACIÓN

Actividad _____
Responsable _____ Seguimiento _____ Fecha _____



APROBACIÓN DEL CAMBIO

Quien lo aprueba _____ Cargo y área _____
Responsable del seguimiento _____ Cargo y área _____
Validación el cambio _____ Cargo DCyC _____



RESULTADO DEL CAMBIO

Positivo Negativo Fecha _____

Firma aprobación
(Responsable del dato)

Firma responsable
Seguimiento

Firma y sello
DcyC