

**Estado Libre Asociado de Puerto Rico**  
**Departamento de Educación**  
**Oficina de Sistemas de Información y Apoyo Tecnológico a la Docencia (OSIATD)**

SIE-F02  
Rev. marzo 2013

**SOLICITUD PARA REACTIVAR CUENTAS DE USUARIOS**  
**SISTEMA DE INFORMACIÓN ESTUDIANTIL (SIE)**

**I. Información de la Escuela** (\*Todos los Campos son Requeridos)

\*Escuela y Código: \_\_\_\_\_

\*Distrito: \_\_\_\_\_

\*Teléfono: \_\_\_\_\_

\*Fax: \_\_\_\_\_

\*Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**II. Información del Empleado** (\*Todos los Campos son Requeridos)

\*Nombre: \_\_\_\_\_

\*Número de Seguro Social (últimos cuatro dígitos):     XXX-XX-    

\*Número de Empleado (KRONOS): \_\_\_\_\_

\*Nombre de Usuario (SIE): \_\_\_\_\_

\*Número de Identificación SIE: \_\_\_\_\_

\*Descripción de Puesto: (Ej. Maestro) \_\_\_\_\_

\*Teléfono: \_\_\_\_\_

Certifico que la información ofrecida en este formulario es completa y correcta a mi mejor saber y entender, y para que así conste, firmo la presente certificación.

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha

**III. Autorización para realizar el Cambio de Contraseña:**

Esta cuenta es requerida para cumplir con los objetivos del Departamento de Educación de Puerto Rico por lo cual autorizo la reactivación de la misma.

\_\_\_\_\_  
Nombre del (la) Director(a) o Supervisor(a) de Área

\_\_\_\_\_  
Puesto

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**ATENCIÓN:** Este formulario debe estar lleno en su totalidad y firmado por el personal autorizado. Envíe este formulario por fax al (787) 767-6935. **No utilice este formulario para la creación de cuentas y/o cambio de contraseña.**

---

**Para uso del personal de la OSIATD**

Trabajado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Núm. de Referencia: \_\_\_\_\_