**CAMBIO APROBADO #2**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIPO DE CAMBIO REQUERIDO** | | | | |
| **Acción correctiva** |  | **Reparación por defecto** | |  |
| **Acción preventiva** |  | **Cambio de el plan de proyecto** | | X |
| **DEFINICIÓN DEL PROBLEMA O SITUACIÓN ACTUAL** | | | | |
| Se realizara un nuevo cambio en plan de requisitos del proyecto | | | | |
| **DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL CAMBIO SOLICITADO** | | | | |
| Corrección de los siguiente datos:   * Obtención de los requisitos * Procesos de la matriz de trazabilidad de requisitos | | | | |
| **RAZÓN POR LA QUE SE SOLICITA EL CAMBIO** | | | | |
| Aumento de las necesidades del cliente, nuevos requisitos a implementar | | | | |
| **EFECTOS EN EL PROYECTO** | | | | |
| **EN EL CORTO PLAZO** | | | **EN EL LARGO PLAZO** | |
|  | | |  | |
| **EFECTOS EN OTRO PROYECTO, PROGRAMAS, PORTAFOLIOS U OPERACIONES.** | | | | |
| Ninguno | | | | |
| **EFECTOS EXTRA EMPRESARIALES EN CLIENTES, MERCADOS, PROVEEDORES, GOBIERNO, ETC.** | | | | |
| Ninguno | | | | |
| **OBSERVACIONES Y COMENTARIOS ADICIONALES.** | | | | |
| Los cambios solicitados serán realizados a partir de una reunión en con el grupo de proyecto | | | | |
| **REVISIÓN DEL COMITÉ DEL CONTROL DE CAMBIOS.** | | | | |
| **Fecha de revisión** | | |  | |
| **Efectuada por** | | | Srta. Gomez Lojan Karen Juliana | |
| **Resultados de Revisión** | | | APROBADO | |
| **Responsable de aplicar /Informar** | | |  | |
| **Observaciones Especiales** | | |  | |