

Gestión de Laboratorios
Solicitud de Uso de Laboratorios y Plantas:
Estudiantes /Docentes/ Personal de Apoyo



UNIVERSIDAD
NACIONAL
 DE COLOMBIA

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|----|------------|--|--|----|----|----|----|----|----|--|--|
| Fecha de solicitud: dd/mm/aa | <input type="checkbox"/> Laboratorio Análisis Físicoquímico <input type="checkbox"/> Laboratorio de Análisis Microbiológico <input type="checkbox"/> Planta y Laboratorio de Vegetales <input type="checkbox"/> Planta y Laboratorio de Carnes <input type="checkbox"/> Planta y Laboratorio de Leches | <input type="checkbox"/> Laboratorio de Evaluación Sensorial <input type="checkbox"/> Laboratorio de Empaques y Vida Útil <input type="checkbox"/> Laboratorio de Postgrado (PECTA) | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del solicitante: | | Identificación (CC) | | | | | | | | | | | | | |
| Correo electrónico: | | Teléfono Celular: | | | | | | | | | | | | | |
| Programa Académico: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Facultad: | | Departamento: | | | | | | | | | | | | | |
| Vinculación con la Universidad | Tipo de Trabajo | | | | | | | | | | | | | | |
| | Docencia | Investigación | Extensión | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Pregrado <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Docente <input type="checkbox"/> Administrativo <input type="checkbox"/> Personal de Apoyo <input type="checkbox"/> Personal Externo | <input type="checkbox"/> Trabajo con asignatura Nombre de la asignatura: _____ <input type="checkbox"/> Proyecto de grado <input type="checkbox"/> Práctica estudiantil <input type="checkbox"/> Pasantía | <input type="checkbox"/> Estudiante de pregrado <input type="checkbox"/> Joven Investigador <input type="checkbox"/> Tesis de Maestría <input type="checkbox"/> Tesis de Doctorado <input type="checkbox"/> Proyecto de Investigación <input type="checkbox"/> Personal Externo | <input type="checkbox"/> Servicio <input type="checkbox"/> Proyecto de Extensión | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del Trabajo / Tesis o Proyecto | | | | | | | | | | | | | | | |
| Trabajo Financiado Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Entidad Financiadora: _____ | | Forma de pago <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Autorización de Transferencia Interna (ATI) No. _____ Orden de Servicio No. _____ Otro <input type="checkbox"/> Cuál? _____ | | | | | | | | | | | | | |
| Docente responsable: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Correo electrónico: | | Teléfono y/o Extensión: | | | | | | | | | | | | | |
| Programa Académico: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Facultad: | | Departamento: | | | | | | | | | | | | | |
| Duración del trabajo: (Si su trabajo dura más de un semestre, cada semestre debe renovar el formato) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="3">Inicio</td> <td colspan="3">Fin</td> </tr> <tr> <td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td> <td>dd</td><td>mm</td><td>aa</td> </tr> </table> | | Inicio | | | Fin | | | dd | mm | aa | dd | mm | aa | Requiere entrenamiento específico: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Por favor especifique en que tópicos: _____ | |
| Inicio | | | Fin | | | | | | | | | | | | |
| dd | mm | aa | dd | mm | aa | | | | | | | | | | |
| Actividad Experimental | | | | | | | | | | | | | | | |
| Procedimiento o ensayo | | | | | | | | | | | | | | | |
| Matriz alimentaria | | | | | | | | | | | | | | | |
| Materiales / Utensilios | | | | | | | | | | | | | | | |
| Equipos | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de ensayos | | | | | | | | | | | | | | | |
| Observaciones: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Firma Estudiante: | | | | | | | | | | | | | | | |
| El estudiante o personal de apoyo que realizará la experimentación tiene conceptos claros sobre el método y/o procedimiento a realizar y cumple con el requisito de ser estudiante activo (fotocopia del carnet), tener Orden de Servicio vigente con la Universidad Nacional de Colombia. Adicionalmente cuenta con EPS y Aseguradora de Riesgos Profesionales vigentes en el momento de realizar el trabajo experimental y/o cuenta con autorización debidamente aprobada por la Dirección del Instituto (en este caso favor adjuntarla). Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | Si requiere realizar actividades fuera del horario habitual del laboratorio especifique el motivo e indique fecha y hora. Vo.Bo. Coordinador Laboratorio/Planta | | | | | | | | | | | | | |
| Firma Docente Responsable: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Concepto del Coordinador de Laboratorio/Planta: | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ Vo.Bo. Coordinador Laboratorio/Planta | | | | | | | | | | | | | | | |