

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															