|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTAMENTO / FACULTAD** |  |
| **Nomenclatura del laboratorio o taller:** |  | **Horario hábil definido por el Departamento:** |  |
| **Extensión:** |  |
| De acuerdo a lo establecido en el REGLAMENTO GENERAL PARA LABORATORIOS Y TALLERES de la Universidad de los Andes, en su apartado NORMAS GENERALES que establece: *“Debe haber por lo menos dos personas para realizar cualquier práctica al interior de un laboratorio o taller”*. Es obligatorio para realizar actividades en un laboratorio o taller, contar como mínimo con dos (2) personas presentes en dicha área.En caso de requerir el uso de un laboratorio o taller en horario no hábil, deberá informarlo dos (2) días antes al ingreso, diligenciando este formato con los datos de las personas que ingresarán, la actividad a desarrollar, fechas y horarios de permanencia. Posteriormente enviarlo a los siguientes correos electrónicos: seguserv@uniandes.edu.co y sst@uniandes.edu.co**Horario servicio médico:** *lunes a viernes de 6:00 am a 9:00 pm y sábados de 6:00 am a 2:00 pm.* |
| **DATOS PRIMER USUARIO (Miembro activo de la comunidad Uniandina)** |
| **Nombres y Apellidos:** |  | **Código Uniandes** |  |
| **# de documento:** |  | **Llamar en caso de emergencia a:** |  |
| **Teléfono:** |  | **Teléfono:** |  |
| **Correo Uniandes:** |  | **Firma:** |  |
| **DATOS SEGUNDO USUARIO (Miembro activo de la comunidad Uniandina)** |
| **Nombres y Apellidos:** |  | **Código Uniandes** |  |
| **# de documento:** |  | **Llamar en caso de emergencia a:** |  |
| **Teléfono:** |  | **Teléfono:** |  |
| **Correo Uniandes:** |  | **Firma:** |  |
| **DATOS TERCER USUARIO (Miembro activo de la comunidad Uniandina)** |
| **Nombres y Apellidos:** |  | **Código Uniandes** |  |
| **# de documento:** |  | **Llamar en caso de emergencia a:** |  |
| **Teléfono:** |  | **Teléfono:** |  |
| **Correo Uniandes:** |  | **Firma:** |  |
| **DATOS USUARIO EXTERNO** |
| **Nombres y Apellidos:** |  | **EPS / ARL / PÓLIZA** |  |
| **# de documento:** |  | **Llamar en caso de emergencia a:** |  |
| **Teléfono:** |  | **Teléfono:** |  |
| **Correo:** |  | **Firma:** |  |
| **Institución:** |  |
| **DATOS USUARIO EXTERNO** |
| **Nombres y Apellidos:** |  | **EPS / ARL / PÓLIZA** |  |
| **# de documento:** |  | **Llamar en caso de emergencia a:** |  |
| **Teléfono:** |  | **Teléfono:** |  |
| **Correo:** |  | **Firma:** |  |
| **Institución:** |  |  |  |
| **DATOS DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR** |
| **BREVE DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD** | **INICIO- FIN** | **ENCARGADO DEL LABORATORIO O TALLER** |
|  | **Fecha y hora:** | **Nombre:**  |
| **Cargo:**  |
| **Fecha y hora:** | **Firma:** |

|  |
| --- |
| **FIRMA DE COMPROMISO** |
| Damos constancia que hemos leído y aceptado: **SI NO** * El Reglamento General de Laboratorios y Talleres \_\_\_ \_\_\_
* El Sistema de Prevención y Atención de Emergencias - SIPRAE \_\_\_ \_\_\_
* Los peligros presentes en el área, matriz informativa del laboratorio o taller \_\_\_ \_\_\_
* Los elementos de protección personal requeridos para la actividad o proceso \_\_\_ \_\_\_
* El mecanismo de notificación al personal de la Universidad, en caso de emergencia \_\_\_ \_\_\_
* La total responsabilidad sobre los equipos, elementos y espacios de trabajo a utilizar \_\_\_ \_\_\_
* La permanencia mínima de 2 personas aquí registradas \_\_\_ \_\_\_
* Entendemos que el firmar y entregar esta solicitud, no significa su aprobación \_\_\_ \_\_\_
 |
| **PARA DILIGENCIAR POR LA COORDINACIÓN O RESPONSABLE DEL LABORATORIO O TALLER** |
| **OBSERVACIONES** |
|  |
| **En caso de emergencia comuníquese a la Línea de Atención: 0000** |
| **APROBACIÓN** |
| **PROFESOR O ASESOR A CARGO DE LA ACTIVIDAD** | **COORDINADOR O ENCARGADO DEL LABORATORIO O TALLER** | **DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO/VICERRECTOR** |
| **Firma:****Nombre:****Fecha: (dd/mm/aaaa):** | **Firma:****Nombre:****Fecha: (dd/mm/aaaa):** | **Firma:****Nombre:****Fecha: (dd/mm/aaaa):** |