	UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS	**CÓDIGO: FO-GAA-176**
		VERSIÓN: 01 **PÁGINA:** 1 de 1
	PROCESO DE GESTION DE APOYO A LA ACADEMIA	**FECHA:** 07/03/2018
	FORMATO DE CONTROL DE INGRESO AL LABORATORIO	**VIGENCIA:** 2018

LABORATORIO: _____ **CORDINADOR DEL LABORATORIO:** _____

DOCENTE O INVESTIGADOR: _____

Certifico que me han informado sobre los riesgos al exponerme a sustancias químicas, físicas o biológicas y uso de equipos en el laboratorio, ofrecidos en la Universidad de los Llanos. Por medio de la presente, acepto cumplir y colaborar con las reglas establecidas en las reglas generales de salud, seguridad y medio ambiente para el uso de los laboratorios de la Universidad de los Llanos, así como, las indicaciones dadas por los profesores y profesionales de apoyo según la necesidad del trabajo practico y las sanciones que se deriven por negligencia y/o desacato del mismo.

FECHA	NOMBRE COMPLETO	IDENTIFICACIÓN O CÓD ESTUDIANTIL	ENTIDAD	CELULAR	ACTIVIDAD/ PROYECTO	HORA DE INGRESO	HORA DE SALIDA	OBSERVACIONES

OBSERVACIONES: _____