Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dr. Lisandro Montesinos Salazar**

**R e c t o r**

**P r e s e n t e**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de Servicio** | | | | | | |
| **Tecnológico** | | | **Educación Continua** | | | |
| Asistencia Técnica | |  | Conferencia | | |  |
| Prototipos Tecnológicos | |  | Curso | | |  |
| Investigación de mercado | |  | Taller | | |  |
| Plan de Desarrollo | |  | Diplomado | | |  |
| Desarrollo de nuevos Productos | |  | Congreso | | |  |
| Formulación y Evaluación de Proyectos | |  | Otros  Especifique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  |
| Diagnóstico, Análisis y Propuesta de Mejora | |  |
|  | | | | | | |
| Nombre del Servicio |  | | | | | |
| Número de participantes |  | | | | | |
| Fecha de realización del Servicio |  | | | | | |
| Dependencia o Entidad Solicitante |  | | | | | |
| Domicilio |  | | | | | |
| Correo Electrónico |  | | | Teléfono | ( ) | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lugar de realización del Servicio** | | | | | |
| Instalaciones del solicitante |  | Instalaciones de la Universidad Tecnológica de la Selva \* |  | Otro (especifique) |  |

\*Sujeta a disponibilidad

|  |  |
| --- | --- |
| **Solicitante** | |
| (Nombre y firma) | SELLO |
| (Cargo) |