FORMATO DE PRÉSTAMO DE EQUIPOS Y USO DEL LABORATORIO									Versión: 01
TIPO DE SERVICIO:	**Uso del Laboratorio**						**No. REGISTRO:**		
CIUDAD Y FECHA DE LA SOLICITUD:	**POPAYÁN**						**9/12/2024**		

QUIEN SOLICITA	**QUIEN AUTORIZA**
NOMBRE DEL SOLICITANTE: Jonathan Tumbo	**NOMBRE DEL ENCARGADO:**
CARGO: Lider del proyecto	**CARGO:**
DEPENDENCIA: SINERGIA Turismo y Gastronomía de Comercio y Servicios Centro	**DEPENDENCIA:**
TELEFONO: 3147663931	**TELEFONO:**
E-mail: jitumbo@sena.edu.co	**E-mail:**

DESCRIPCIÓN DE LA SOLICITUD

Identificación de la propuesta (Nombre del proyecto)									
Objetivo	Utilizar el laboratorio de Neuromarketing para analizar el impacto emocional del segmento de mercado de turismo en Puracé, a través de los equipos biométricos, con el fin de optimizar las estrategías de marketing y mejorar la experiencia								
Seleccione con una X el proceso al que corresponde	**Fortalecimiento de proyectos de investigación**	**X**	**Transferencia Tecnológica**		**Educativo**		**Sector productivo**		**Otro**
Productos a obtener									
Centro de Formación	Centro de Comercio y Servicios								
Programa de formación	SINERGIA Turismo y Gastronomía								
Participantes	Jonathan Tumbo, Giselle Suarez Ramos, Maria Paula Fernandez Certuche, Alan Fernando Muñoz Velasco, Diego Eduardo Erazo, Yuly Paola Joya Hoyos.								

INFORMACIÓN DEL/LOS EQUIPOS O DISPOSITIVOS

DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO O DISPOSITIVO SOLICITADO:		**SOLICITADO SI**		**NO**	**OBSERVACION/ESTADO**
EQUIPO PORTATIL ALIENWARE		x			
CAPTIV RECIEVER					
EYE TRACKING		x			
EEG					
GSR					
WEBCAM		x			
BANDAS					
EYE TRACKING GLASSES + SMARTPHONE		x			

FECHA DE PRESTAMO: 20 noviembre de 2024		**HORARIO DE USO:** **10:30 a 12:30**	**FECHA/HORA DE DEVOLUCIÓN:** 20 noviembre de 2024 a las 12:30
Observaciones:			
NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE		**NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA**	**NOMBRE Y FIRMA RESPONSABLE DEL LABORATORIO**
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - REGIONAL CAUCA			