|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA**  **UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL MARÍTIMA DEL CARIBE**  **VICERRECTORADO ADMINISTRATIVO**  **COORDINACIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN**  **COORDINACIÓN DE SERVICIOS GENERALES**  **UNIDAD DE LOGÍSTICA** | | | | | | | | | | | | | | | REG-VAD-CGAD-CSG-UL-004  Formulario: UL-002  Fecha: 28/03/2023  Cambio: 00 | |
| **SOLICITUD DE APOYO LOGÍSTICO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (1) **DEPENDENCIA SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | | | (2) **Nº DE SOLICITUD** | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| (3) **TIPO DE SERVICIO** | | | | | |  | | **INTERNO** | | | | |  | | **EXTERNO** | | | |
| (4) **TIPO DE APOYO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **EVENTO ESPECIAL** | |  | **MUDANZA** |  | | **OTRO ESPECIFIQUE:** | | | | | | | | | | | |
| (5) **CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (6) **OBSERVACIONES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (7) **ELABORADO POR** | | | | | | | | | | (8) **RECIBIDO POR** | | | | | | | | |
| Nombre y Apellido:  Cédula de Identidad:  Cargo:  Fecha: | | | | | | | | | | Nombre y Apellido:  Cédula de Identidad:  Cargo:  Fecha: Hora: | | | | | | | | |
| **RESPONSABLE DE LA DEPENDENCIA** | | | | | | | | | | **COORDINACIÓN DE SERVICIOS GENERALES** | | | | | | | | |
| **SOLO PARA USO EXCLUSIVO DE LA COORDINACIÓN DE SERVICIOS GENERALES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (9) **PRESTACIÓN DEL SERVICIO** | | | | | | | | | |  | | **EJECUTADO** | | | |  | | **SUSPENDIDO** |
| (10) **OBSERVACIONES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SOLO PARA SER LLENADO POR LA DEPENDENCIA SOLICITANTE AL FINALIZAR EL SERVICIO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (11) **VALORACIÓN DEL**  **SERVICIO RECIBIDO** | | | | | | | | | **EXCELENTE** | | **BUENO** | | | **REGULAR** | | | | **DEFICIENTE** |
|  | |  | | |  | | | |  |

**Nota:** La Coordinación de Servicios Generales ha dispuesto como medio para la recepción de las Solicitudes de Apoyo Logístico, el **Correo Institucional:** [**unidad\_logistica@umc.edu.ve**](mailto:unidad_logistica@umc.edu.ve) con un mínimo setenta y dos (72) horas de anticipación, con la finalidad de gestionar de manera oportuna el servicio solicitado. Por otro lado, se les recuerda que la Coordinación, en virtud de cumplir con nuestro Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) no recibirá formularios obsoletos, por lo tanto se le recomienda a los usuarios descargar esta **Solicitud** desde la página web de la Universidad, con finalidad de asegurar el uso correcto de los documentos controlados.

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**SOLICITUD DE APOYO LOGÍSTICO**

**FORMULARIO: UL- 002**

1. **Objetivo:**

Tramitar el servicio de apoyo logístico de manera eficaz y oportuna, con el propósito de satisfacer plenamente la necesidad manifiesta por parte de la dependencia solicitante.

1. **Instrucciones para el registro de la información:**
2. **Dependencia solicitante:** Coloque el nombre de la dependencia que requiere la prestación del apoyo logístico.
3. **Nº de solicitud:** Coloque el número de la solicitud (este número debe ser correlativo en relación con las solicitudes de apoyo logístico anteriormente enviadas durante el año).
4. **Tipo de servicio:** Marca con una (X) la opción que corresponda en relación al lugar donde se ejecutará la prestación del apoyo logístico.
5. **Tipo de apoyo:** Marca con una (X) la opción **“Evento Especial”** si la prestación del servicio de apoyo logístico que se requiere es para bautizo de estudiantes de nuevo ingreso, graduaciones, acto de investidura, de ascenso, entre otros. Marca con una (X) la opción **“Mudanza”** si la prestación del servicio de apoyo logístico que se requiere es para el traslado de equipos y/o mobiliarios. Marca con una (X)la opción **“Otros”** si el servicio de apoyo logístico no se relaciona con un evento especial y/o mudanzas, en tal sentido señale la naturaleza del tipo de apoyo logístico que se requiere.
6. **Características del servicio:** Describa detalladamente la forma como se organizarán los equipos y mobiliarios que serán manipulados hasta el lugar de destino.
7. **Observaciones:** Coloque la información adicional que considere importante para dicha solicitud.
8. **Elaborado por:** Coloque nombre, apellido, cédula de identidad y cargo del responsable de la dependencia y posteriormente coloque el día, mes y año correspondiente al llenado de la solicitud de apoyo logístico.
9. **Recibido por:** Coloque nombre, apellido, cédula de identidad y cargo de la persona que recibe la solicitud de apoyo logístico en la Coordinación de Servicios Generales, además coloque día, mes, año y hora de la recepción de la misma.

**SOLO PARA USO EXCLUSIVO DE LA COORDINACIÓN DE SERVICIOS GENERALES**

1. **Prestación del Servicio:** Marque con una equis (X) la opción que corresponda de acuerdo a la prestación del servicio.
2. **Observaciones:** Coloque la información adicional que considere importante para dicha solicitud de servicio.

**SOLO PARA SER LLENADO POR LA DEPENDENCIA SOLICITANTE AL FINALIZAR EL SERVICIO**

1. **Valoración del servicio Recibido:** Marque con una equis (X) la opción que corresponda de acuerdo a la valoración del servicio recibido.