Medellín, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_ de 2024

Señores

Comité editorial

Libro electrónico

*Investigación e Innovación en Ciencias Farmacéuticas y Alimentarias*

Facultad de Ciencias Farmacéuticas y Alimentarias

Universidad de Antioquia

***Asunto:*** *Carta de Intención de publicación del trabajo*

En mi calidad de docente (\_\_) / estudiante (\_\_) / egresado (\_\_) otro (\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la Universidad de Antioquia, identificado(a) con documento de identidad Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de manera atenta postulo el trabajo denominado “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”para ser considerado para su publicación en el libro electrónico **"Investigación e Innovación en Ciencias Farmacéuticas y Alimentarias”** de la Facultad de Ciencias Farmacéuticas y Alimentarias, en su versión 2024.

En caso de ser aprobado, y como constancia de aceptación de la postulación de todos los integrantes del equipo, relacionamos y firmamos los autores:

*Autor 1a, autor 2a, autor 3a … autor na*

[De ser necesario, adicione la cantidad de autores faltantes]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

**Autor 1**

Nombre:

Afiliación (entidad, grupo de investigación)

Correo electrónico:

Teléfono:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

**Autor 2**

Nombre:

Afiliación (entidad, grupo de investigación):

Correo electrónico:

Teléfono:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

**Autor 3**

Nombre:

Afiliación (entidad, grupo de investigación):

Correo electrónico:

Teléfono:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

**Autor 4**

Nombre:

Afiliación (entidad, grupo de investigación):

Correo electrónico:

Teléfono:

Autor de correspondencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Docente que avala (Cuando corresponda a estudiantes):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

**Docente**

Nombre:

Afiliación (entidad, grupo de investigación):

Correo electrónico:

Teléfono: