**Especie:**…………………. **Evaluador:**…………………

**N° MEU:**………………..… **Fecha :**…………………

**OTA N°:**…………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **ACTIVIDADES** | | |
| * 1. Determinar coordenadas UTM | X | Y |
|  |  |
| * 1. Zona de Ensayo: | | |
| * 1. Etapa Fenológica del Cultivo: ☐ Post siembra ☐ Floración ☐ Pre cosecha | | |
| * 1. Fecha de Siembra: | | |
| * 1. Diseño de los ensayos corresponde a lo declarado en la habilitación: ☐ Si ☐ No | | |
| * 1. Número de tratamientos y repeticiones corresponde a lo declarado en la habilitación: ☐ Si ☐ No | | |
| * 1. Los tratamientos están identificados: ☐ Si ☐ No | | |
| * 1. Diseño estadístico: | | |
| * 1. Número de repeticiones: ☐ Cuenta con una repetición para evaluar plagas y enfermedades | | |
| * 1. Número de hileras: | | |
| * 1. Número de plantas por metro lineal: | | |
| * 1. Los ensayos están instalados por grupo de maduración: ☐ Si ☐ No | | |
| 1. **ETAPA DE POST SIEMBRA** | | |
| * 1. Germinación por ciclo de maduración | | |
| ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala | | |
| * 1. Uniformidad de la germinación | | |
| ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala | | |
| * 1. Plantas atípicas (Detallar por el número de bloque, tratamiento y repetición) | | |
|  | | |
|  | | |
| * 1. Parcelas eliminadas (Detallar por el número de bloque, tratamiento y repetición) | | |
|  | | |
|  | | |
| * 1. Las parcelas se encuentran libre de malezas y de plantas de otras especies: ☐ Si ☐ No | | |
| En caso afirmativo definir el porcentaje: ………. % | | |
| 1. **ETAPA DE FLORACIÓN** | | |
| * 1. Floración | | |
| ☐  < 50% ☐ 50 – 80% ☐ < 80% | | |
| * 1. Plantas atípicas (Detallar por el número de bloque, tratamiento y repetición) | | |
|  | | |
|  | | |
| * 1. Parcelas eliminadas (Detallar por el número de bloque, tratamiento y repetición) | | |
|  | | |
|  | | |
| * 1. Las parcelas se encuentran libre de malezas y de plantas de otras especies: ☐ Si ☐ No | | |
| En caso afirmativo definir el porcentaje: ………. % | | |
| 1. **ETAPA DE PRE COSECHA** | | |
| * 1. Plantas atípicas (Detallar por el número de bloque, tratamiento y repetición) | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. Parcelas eliminadas (Detallar por el número de bloque, tratamiento y repetición) | |
|  | |
|  | |
|  | |
| 1. OBSERVACIÓN: | |
| 1. Inspección realizada por (Marcar): | |
| Técnico DPUV-DISE ☐    Nombre y Apellido:……………………….  N° de CI:…………………………………. | Técnico OR-DOR ☐  Oficina Regional:…………………..  Nombre y Apellido:……………………..  N°CI:……………………………………….:…………………………. |

Firma del Técnico del SENAVE Firma del Evaluador

Aclaración de firma Aclaración de firma

Firma del Responsable de la parcela

Aclaración de firma