|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre completo de la persona solicitante:** | **Código (oficial UTIB)** |
|  |  |

(Imprimir esta guía y llevarla el día de la solicitud, para la validación de la documentación.

Llenar lo relativo a nombre y datos de contacto)

Únicamente se recibirá la documentación completa, la cual debe estar presentada en el orden

establecido en este formulario.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **REQUISITOS generales** | **Sí** | **No** | **NA** |
|  | Carta de solicitud de inscripción de acreditación clínica intervencional -al que opta según el cumplimiento de requisitos). Presentar la solicitud en papel carta sin logos institucionales |  |  |  |
|  | Profesión (copia del título de la universidad que emite el certificado). Incluir acreditación u homologación en caso de ser título extranjero. Aportar originales para confrontar. |  |  |  |
|  | Estudios de posgrado –preferible- (copia del título de la universidad que emite el certificado. Aportar el original para confrontar). Incluir acreditación u homologación en caso de ser título extranjero. Aportar originales para confrontar. |  |  |  |
|  | Documento de identidad vigente. Presentar copia por ambos lados, y original para confrontar. |  |  |  |
|  | Carné de agremiado al colegio profesional respectivo vigente. En caso de no contar con Colegio Profesional debe presentar declaración jurada de que el mismo no existe. Presentar copia de carné por ambos lados, y original para confrontar. |  |  |  |
|  | Investigadores extranjeros contar con permiso temporal del ejercicio profesional extendido por colegio profesional respectivo o bien, permiso de estudiante. Presentar copia de permiso de la Dirección General de Migración y Extranjería |  |  |  |
|  | Cumple al menos cinco años de ejercicio profesional certificado por colegio profesional respectivo. En caso de no contar con un colegio profesional, deberá aportar un certificado extendido por las universidades (públicas o privadas acreditadas por el CONESUP) o entidades de investigación acreditadas (certificación original y vigente -1 mes-) |  |  |  |
|  | Cumplir al menos uno de los siguientes:   1. Participación demostrable en al menos dos investigaciones intervencionales 2. Participación demostrable en al menos cuatro investigaciones observacionales 3. Participación demostrable en al menos tres investigaciones observacionales y en una investigación intervencional.   En todos los casos, la persona solicitante debe demostrar la evidencia científica: i) publicaciones formales, ii) presentación en congresos y actividades científicas. No se reconocen tesis de grado |  |  |  |
|  | Certificado de capacitación documentada en Buenas Prácticas en Investigación Intervencional (BPC) de no menos de 30 horas. Certificado debe especificar sesión de aval por el CONIS, calificación obtenida, no menos de 30 horas efectivas y fechas de realización. Presentar copia de certificado vigente y original para confrontar. Los cursos de 24 horas que se aprobaron por el CONIS antes del 24 de junio de 2020, se reconocerán como válidos hasta el 31 de diciembre de 2020. |  |  |  |
|  | Declaración de compromiso firmada de cumplir con lo establecido en la Ley N° 9234, el Reglamento y las Buenas Prácticas Clínicas –BPC, conflicto de interés, de guardar confidencialidad, de reportar eventos adversos y de protección de los participantes. Presentar original firmado, en papel carta sin logos institucionales |  |  |  |
|  | Declaración jurada de acudir e incorporar investigadoras/es de otras especialidades cuando la investigación lo requiera con el fin de garantizar la vida a las personas participantes, |  |  |  |
|  | Declaración que los documentos adjuntados de manera digital son copia fiel del original (si aplica) |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Contactos de la persona solicitante (o autorizada):**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Correo e: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  N° de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma: | **Plataforma de atención al cliente (recibe y coteja):**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma/sello: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Profesional UTIB que realiza el informe técnico:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma: | **Miembro CONIS que evalúa y recomienda:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° Sesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma: |
| **Recomendación técnica**:  ⬜ Cumple requisitos  ⬜ No cumple requisitos  ⬜ Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Criterio final CONIS**:  ⬜ Aprobado  ⬜ Rechazado  ⬜ Se devuelve hasta corregir documentación |
| **Observaciones:** | |