## Formato Tipo de Presentación de Proyectos

## CONCURSO de Investigación AÑO 2023

**Para llenar el formulario por favor utilizar letra Arial, tamaño mínimo 10, espacio interlineado sencillo**

1. **IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO**

TÍTULO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **CENTRO DE RESPONSABILIDAD Y UNIDADES RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO:**

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

1. **INVESTIGADOR RESPONSABLE DEL PROYECTO**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Departamento o Unidad de desempeño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Institución a la que pertenece: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con el Hospital Luis Calvo Mackenna:

\_\_\_\_ Funcionario (Hospital – Licitación clínica)

\_\_\_\_ Convenio Asistencial Docente (señale el convenio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Función dentro del proyecto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **COINVESTIGADORES** (Completar para cada uno)

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Departamento o Unidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Institución a la que pertenece: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con el HLCM.

\_\_\_\_ Funcionario (Hospital – Fundación)

\_\_\_\_ Convenio Asistencial Docente (señale el convenio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Función dentro del proyecto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Departamento o Unidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Institución a la que pertenece: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con el HLCM.

\_\_\_\_ Funcionario (Hospital – Fundación)

\_\_\_\_ Convenio Asistencial Docente (señale el convenio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Función dentro del proyecto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **COMPROMISO INVESTIGADOR RESPONSABLE**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Nombre del investigador) en mi calidad de Investigador Principal del proyecto de investigación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Nombre del proyecto de investigación), me comprometo:

1.- Declarar mis potenciales conflictos de interés ante la UCAD y el Comité de Ética respectivo.

2.- Declaro conocer las leyes y normativas vigentes para la conducción correcta del proyecto.

3.- Reportar a la UCAD y el Comité de Ética cualquier desviación y/o enmienda del proyecto.

4.- Enviar a la UCAD un informe de avance cada año a contar de la fecha de la resolución de aprobación para la realización del proyecto.

5. Enviar a la UCAD un informe al final al término del estudio.

6.- Comunicar a la UCAD: cierre, auditorías, inspecciones o suspensión del estudio, enviando un informe con los resultados obtenidos hasta esa fecha, razones de la suspensión y programa de acción con los sujetos participantes (si aplica).

7.- Garantizar que el procedimiento del consentimiento informado (si aplica) se lleve a cabo de tal forma que promueva la libertad y autonomía del sujeto, asegurándose que éste logró entender adecuadamente la investigación, sus riesgos y probables beneficios.

8.- Declaro que el proyecto presentado pertenece a un grupo de investigación compuesto por el investigador responsable y el/los co-investigador/es. En el caso de que alguno de los integrantes, incluyendo al investigador principal, renuncie al hospital o no pueda continuar el presente proyecto por cualquier causa, el equipo restante podrá nombrar a un nuevo investigador responsable dentro de los mismos co-investigadores que conforman el grupo y continuar con la ejecución del proyecto

Nombre :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUT :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **RESUMEN DEL PROYECTO**

(Utilizar formato estructurado señalando: Antecedentes, Objetivos, Metodología, Resultados esperados. Espacio máximo una página,)

1. **FORMULACIÓN GENERAL DEL PROYECTO:**

(Debe contener la introducción al tema planteado, discusión bibliográfica, fundamentación teórica. **Máximo 4 páginas**, incluida la bibliografía).

1. **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**
2. **HIPÓTESIS**
3. **OBJETIVOS**

A.- OBJETIVO GENERAL

B.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. **METODOLOGÍA.**

(Detalle su metodología e incluya las referencias bibliográficas que correspondan. Se sugiere incluir el tipo de estudio, el lugar del estudio, el período, los criterios de inclusión y exclusión, las definiciones de las variables a estudiar, las técnicas a utilizar y el análisis estadístico. Máximo 2 páginas).

1. **PRESENTACIÓN A COMITÉ DE ÉTICA CIENTÍFICO O DE INVESTIGACIÓN (CEC)**

**Esta evaluación es OBLIGATORIA para toda investigación que involucre SERES HUMANOS, DATOS SENSIBLES y/o USO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS HUMANAS**

Marcar situación que corresponde al momento de presentar el proyecto a la Unidad Académica del HLCM

|  |  |
| --- | --- |
|  | Proyecto está APROBADO por Comité de Ética de Investigación (CEC) Acreditado |
| Señalar CEC:  |
| Señalar nombre del Médico Pediatra del CEC que participó en la Evaluación del Proyecto: |
| Adjuntar Acta de Aprobación del CEC al final del documento |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Proyecto está PRESENTADO a un CEC Acreditado |
| Señalar CEC: |
| Adjuntar Acta de aprobación a Unidad Académica en cuanto sea aprobado |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Proyecto NO presentado/aprobado a un CEC Acreditado |

1. **CONSENTIMIENTO Y/O ASENTIMIENTO INFORMADO**

**PLAN DE TRABAJO:**

(Haga una carta Gantt que señale las etapas, actividades específicas, tiempo que espera ocupar en cada una de ellas durante el tiempo que espera dure su proyecto. Incluya las unidades clínicas y/o administrativas del HLCM en las que se desarrollará su proyecto. La carta Gantt debe ocupar 1 hoja como máximo y debe incluir

1. Etapas

2. Actividades específicas

3. Unidades clínicas y/o administrativas en las que se desarrollarás las actividades

4. Tiempo de desarrollo de cada actividad

5. Análisis de datos y resultados

6. Tiempo total de desarrollo de proyecto

7. Difusión de resultados: presentación en congresos, publicaciones

**PRESUPUESTO**

Resuma la distribución de los fondos de acuerdo al siguiente esquema. Especifique y justifique brevemente los gastos que espera realizar en cada ítem en el espacio bajo la tabla. (Use máximo una página).

EN USO DE RECURSOS CONSIDERAR:

* Para compras superiores a $500.000 (reactivos, equipos, etc.) adjuntar 2 cotizaciones de referencia.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **Cantidad** | **Costo Neto** | **Costo total (iva inc)** | **Justificación** |
| **Insumo1** |  |  |  |  |
| **Insumo 2** |  |  |  |  |
| **Insumo 3** |  |  |  |  |
| **Reactivo 1** |  |  |  |  |
| **Reactivo 2** |  |  |  |  |
| **Reactivo 3** |  |  |  |  |
| **Equipo 1** |  |  |  |  |
| **Equipo 2** |  |  |  |  |
| **PRESUPUESTO TOTAL DEL PROYECTO** |  |  |  |  |

Comentarios y observaciones respecto del presupuesto. En el caso de existir otra fuente de financiamiento, especificar el aporte al proyecto.