**Solicitud de Renovación Anual**

**Informe de Avance**

**Código del proyecto :**

**Nombre Investigador Responsable :**

**Fecha aprobación CEC :**

**Fecha solicitud renovación** **:**

**Estado de avance**: complete la siguiente información acerca del estado de su proyecto. Puede adjuntar informes de avance complementarios enviados a su patrocinador.

|  |
| --- |
| 1. Número de pacientes enrolados |
|  |
| 1. Número de sujetos que se retiran por instrucciones del investigador |
|  |
| 1. Verificación de firma del consentimiento |
|  |
| 1. Resumen de eventos adversos serios |
|  |
| 1. Reportes de seguridad |
|  |
| 1. Listado de desviaciones del protocolo |
|  |
| 1. Resultados obtenidos |
|  |
| 1. Otros puntos que desee destacar |
|  |
| 1. Información de quien informa |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Nombre de quien informa**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Cargo/relación con el estudio**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Firma de quien informa**  PARA USO INTERNO DEL CEC-MedUC  NOMBRE PRE-REVISOR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  RESOLUCIÓN:  ☐ CUMPLE CRITERIO PARA RENOVACIÓN ANUAL  ☐ NO CUMPLE CRITERIO PARA RENOVACIÓN ANUAL  OBSERVACIONES (si corresponde):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |