**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-MedUCNOMBRE PRE-REVISOR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_RESOLUCIÓN:☐ CUMPLE CRITERIO PARA RENOVACIÓN ANUAL☐ NO CUMPLE CRITERIO PARA RENOVACIÓN ANUALOBSERVACIONES (si corresponde):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |