



| | | | | | |
|---|---|---------|----------------|-------------------|-----------|
|  | FORMATO | | | | |
| | SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DE INVESTIGADORES PARA ESTUDIOS CLÍNICOS | | | | |
| | Código | Versión | Fecha efectiva | Fecha de revisión | Estado |
| | FR-CBI-016 | 1 | 14FEB2022 | 14FEB2024 | Publicado |

Para las solicitudes de calificación tanto iniciales como actualizaciones se debe adjuntar el CV por parte del investigador y las acreditaciones académicas correspondientes.

| Solicitud y calificación de investigadores para estudios clínicos | |
|--|--|
| Datos generales | |
| Fecha de la solicitud | |
| Nombres y apellidos | |
| Teléfono de contacto | |
| Correo electrónico | |
| Página web (institución que va a realizar el estudio) | |

| Acreditaciones médicas | | | |
|-------------------------------|--|---------------------------|------------|
| Acreditación obtenida | | Institución / País | Año |
| Médico | | | |
| Especialidad | | | |
| Subespecialidad | | | |
| Otra | | | |
| Otra | | | |


| Entrenamientos en buenas prácticas clínicas / investigación clínica | | |
|--|---------------------------|------------|
| Acreditación obtenida | Institución / País | Año |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | | | | | |
|---|---|---------|----------------|-------------------|-----------|
|  | FORMATO | | | | |
| | SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DE INVESTIGADORES PARA ESTUDIOS CLÍNICOS | | | | |
| | Código | Versión | Fecha efectiva | Fecha de revisión | Estado |
| | FR-CBI-016 | 1 | 14FEB2022 | 14FEB2024 | Publicado |

| Experiencia en estudios clínicos | | | |
|----------------------------------|--|-----|--------------------------------|
| Área terapéutica / Indicación | Fase de investigación clínica (I, II, III, IV) | Rol | Periodo (año inicio-año final) |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| Como investigador debe conocer y estar comprometido con observar estrictamente en el desempeño de sus actividades con los siguientes documentos y lineamientos | Conoce y está de acuerdo con observar |
|--|---------------------------------------|
| | Si / No |
| Lineamientos De Buenas Prácticas Clínicas De La Conferencia Internacional De Armonización 1996. | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Declaro y juro que los datos consignados en la presente solicitud y la documentación que se adjunta es fidedigna. | | |
|---|---------------|-------|
| Nombre del solicitante | Firma y fecha | Sello |
| | | |

| | | | | | |
|---|---|---------|----------------|-------------------|-----------|
|  | FORMATO | | | | |
| | SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DE INVESTIGADORES PARA ESTUDIOS CLÍNICOS | | | | |
| | Código | Versión | Fecha efectiva | Fecha de revisión | Estado |
| | FR-CBI-016 | 1 | 14FEB2022 | 14FEB2024 | Publicado |

| Para uso del CBI-TCP Recepción de la solicitud | | |
|---|----------------------------------|-------|
| Fecha de recepción | Recibido por (nombre y cargo) | Firma |
| | | |

| Resultado de la calificación por parte del CBI-TPC | |
|---|--|
| Aprobada | |
| Rechazada | |
| Razón de la NO aprobación | |
| Aprobado por | |
| Nombre Presidente CBI-TCP | |
| Fecha | |
| Firma | |