Neiva, **XXXXXXX** **XX** de 20**XX**

Doctor (a)

**XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

Secretaria del Comité de Ética e Investigación

Clínica Medilarser S.A.

Ciudad

**Asunto:** Solicitud de Datos e Información para el Proyecto de Investigación

Estimado doctor (a) **XXXXXX**

Mediante la presente solicito los datos correspondientes para la ejecución del proyecto de investigación titulado *(Escribir aquí el nombre del proyecto a presentar, ejemplo Proyecto de investigación……)*, en el cual me permito confirmar mi participación en calidad de Docente tutor / Asesor. El proyecto de Investigación Fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación mediante Acta **XX** del **XXXX.**

El proyecto es postulado por el (los) estudiante (s):

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adjunto listado de variables Solicitadas, criterios de inclusión, criterios de exclusión y código CIE -10 de patologías de interes.

Cordialmente,

**XXXXXXXXXX**

CC.

Docente Tutor / Asesor

Especialidad:

Correo:

Teléfono:

|  |
| --- |
| **CONTROL DE CAMBIOS** |
| **Versión** | **Descripción del Cambio** | **Fecha de Aprobación** |
| 1 | Creación del documento | Octubre 2019 |
| Elaborado por: | Revisado por: | Aprobado por: |
| Firma: | Firma: | Firma: |
| Nombre: **NANCY TATIANA MOSQUERA BAYONA**Cargo: Coordinadora Docencia Servicio  | Nombre: **ANYI LORENA OSSO LOSADA**Cargo: Coordinadora nacional de calidad | Nombre: **DORIS JANETH GONZALEZ CLAVIJO**Cargo: Vicepresidente de Talento Humano |
| Firma: |
| Nombre: **YINA ROCIO CABRERA ROJAS**Cargo: Ingeniera de Procesos Tipo II |