



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Este



**CARTA DE INFORME DE AVANCES DE EJECUCION
DE PROYECTO DE INVESTIGACION EN SALUD
JURISDICCION DE DIRIS LIMA ESTE**

Carta N°

Director(a) General de las Redes Integradas de Salud Lima Este

Presente

Atención: Unidad Funcional Equipo de Trabajo de Docencia e Investigación en Salud
Pública y Epidemiología
Oficina de Epidemiología, Inteligencia Sanitaria y Docencia e Investigación

Asunto: Informe de avance del Proyecto de Investigación (Título de Proyecto de
Investigación)
Investigador Principal (Nombres y Apellidos completos):

De mi consideración:

Es grato para mi saludarla (o) cordialmente, y a la vez remitir a su despacho el informe
de avance del estudio del Proyecto de Investigación (Título) que
se ejecuta en el Puesto/Centro/Hospital de la jurisdicción de DIRIS Lima Este.....
.....

Sin otro en particular, hago propicia la oportunidad para expresarle mi mayor
consideración.

Atentamente

Nombres y Apellidos Completos

N° DNI:

N° Celular:

Correo electrónico:



Av. César Vallejo S/N – Cdra. 13
El Agustino. Lima 10, Perú
Telf. (01) 743-9889
www.dirislimaeste.gob.pe



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Este



FORMATO DE INFORME PERIÓDICO DE AVANCES

(ID-CEI/DIRIS LE):

Título completo del proyecto de investigación:

Investigador(es) principal(es):

Teléfono(s):

Establecimiento o unidad operativa en la que el estudio se lleva a cabo:

Fecha de aprobación:

Fecha de vencimiento de la aprobación:

¿Ha iniciado el proyecto? Sí / No

Si la respuesta es afirmativa, por favor complete la información requerida en la página siguiente:

¿Si la respuesta es negativa, explique por qué?:

¿Ha finalizado el plazo de aprobación del proyecto?

Sí / No



DIRIS
LIMA ESTE

Av. César Vallejo S/N – Cdra. 13
El Agustino. Lima 10, Perú
Telf. (01) 743-9889
www.dirislimaeste.gob.pe



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Este



En caso de haber finalizado, ¿Desea Ud. una renovación de la aprobación?

Sí / No

INFORME PERIÓDICO DE AVANCES

1. Indique la fecha en la que inició el estudio:

2. En caso de haber finalizado el estudio, indique la fecha de finalización:

3. Haga un breve resumen de los progresos hasta el momento. Si el estudio ha finalizado envíe un reporte final. En ambos casos incluya:

- Un resumen de los hallazgos
- Detalles de cualquier publicación o documento aceptados para publicación.
- Detalles de cualquier presentación realizada
- La forma en la que los participantes han sido informados de los avances o resultados del estudio.

4. ¿La información recolectada se encuentra almacenada de manera adecuada? Explique.

5. ¿Se ha realizado el estudio de acuerdo a lo planificado en el protocolo aprobado? Sí / No

En caso de que su respuesta sea negativa, explique porque:

6. ¿Ha sido retirado alguno de los participantes del estudio? Sí / No

Explique los motivos:



Av. César Vallejo S/N – Cdra. 13
El Agustino. Lima 10, Perú
Telf. (01) 743-9889
www.dirislimaeste.gob.pe



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud
Lima Este



7. ¿Se han requerido modificaciones o enmienda al protocolo original? Sí / No

Si su respuesta es afirmativa por favor detalle el número de enmienda y resuma los principales cambios realizados.

8. ¿Se han reportado Eventos Adversos Serios relacionados a su estudio? Sí / No

Si su respuesta es afirmativa, haga un listado de los efectos adversos, fechas y relación con la droga en estudio.

9. Por favor complete lo siguiente:

En esta Institución:

Número total de pacientes esperado:

Número de participantes reclutados hasta la fecha:

Número de participantes actualmente:

Número de participantes retirados del estudio:

Fecha estimada de finalización del estudio:

10. ¿Ha finalizado el plazo de aprobación del proyecto? Sí / No

En caso de haber finalizado, ¿Desea usted aplicar por una renovación de la aprobación?
Sí / No

Debe recordar que cualquier modificación o enmienda al protocolo original requiere una aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este (CEI/DIRIS LE).

Certifico que este estudio se realiza en estricta conformidad con el protocolo aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este (o con los cambios aprobados en el mismo).

Investigador Principal: (Nombres y Apellidos Completos).....

.....
Fecha: Día.....mes.....año.....

**Firma
DNI
Celular
Correo electrónico**



Av. César Vallejo S/N – Cdra. 13
El Agustino. Lima 10, Perú
Telf. (01) 743-9889
www.dirislimaeste.gob.pe