



Formato de suspensión proyecto de investigación

Fecha del informe:

Nombre del Investigador principal:

Título del Protocolo:	Nº de Registro:
------------------------------	------------------------

Señale la causa de suspensión					
Muestra/ pacientes		Renuncia del investigador		Equipo	Trámites jurídicos/convenios no realizados
Financiamiento		Otros (especifique):			

Indique porcentaje de avance en el momento de la suspensión	
--	--

REFIERA POSIBLE FECHA DE REACTIVACIÓN	
--	--

CANCELADO		Fecha de cancelación:
------------------	--	------------------------------

Confirmando que estoy bajo conocimiento que a partir de la fecha de suspensión deberé entregar el este reporte informativo cada seis meses, hasta completar los dos años si no hay una reactivación del mismo. Estoy enterado que, en este estado de suspensión, solo puede permanecer dos años, y que posterior a esto se procederá a su cancelación.

Estoy enterado que, en caso de no entregar dos reportes informativos consecutivos, el área correspondiente podrá solicitar ante los Comités la cancelación del proyecto, como está establecido en el Reglamento de los mismos.

Me comprometo que antes de reactivar el estudio, notificare por medio de un oficio a los Comités, a la División de Investigación Clínica, antes de reiniciar el estudio.

FIRMA INVESTIGADOR PRINCIPAL

ESTE DOCUMENTO SOLO PUEDE SER FIRMADO POR EL INVESTIGADOR PRINCIPAL, Y DEBE ENTERGARSE CON ACUSE