**ANEXO 1**

**FORMATO DE SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN POR EL INVESTIGADOR PRINCIPAL/AUTOR CORRESPONSAL.**

**Información personal/profesional**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre completo** |  |
| **Organismo del INS o del Ministerio de Salud** |  |
| **Área/Departamento/Servicio/Oficina** |  |
| **Profesión (especificar obligatoriamente)** |  |
| **Tipo de actividad laboral (asistencial, administrativa)** |  |
| **Puesto** |  |

**Información del artículo**

|  |  |
| --- | --- |
| **Título propuesto de artículo** |  |
| **Nombres Co-investigadores** |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Análisis Preliminar del Artículo/tablas o gráficos (mínimo 250 palabras, en hoja aparte)**

**Características de las Bases de Datos.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Número de Registros (pacientes)** |  |
| **Número de variables** |  |
| **Variables que están en la pregunta de investigación** |  |
| **Variables adicionales** |  |

**\*Este formato podrá solicitarse a** **asesorias.ogitt@gmail.com** **en versión electrónica.**

**ANEXO 2**

**FICHA DE DATOS DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL / AUTOR CORRESPONSAL**

1. DATOS DE LA INVESTIGACIÓN
	1. Título tentativo de Artículo Científico:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Departamento/servicio donde se realizará la investigación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. DATOS DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL
	1. Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	2. Teléfono celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	3. Correo electrónico 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	4. Correo electrónico 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	5. Profesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	6. Puesto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	7. Área/Departamento/Servicio/Oficina donde labora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Institución donde labora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	2. DISA/DIRESA/GERESA a la que pertenece (si aplica) :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

Huella digital

**ANEXO 3**

**DECLARACIÓN JURADA DE VERACIDAD DE INFORMACIÓN PRESENTADA**

Lima,

**Doctora**

**Yamilee Hurtado Roca**

Directora General

Oficina General de Investigación y Transferencia Tecnológica

Instituto Nacional de Salud

El que suscribe el presente documento declara su voluntad de participar del “**Programa PUSAY - Asesorías personalizadas de estudios en salud - Modalidad artículo científico”**, a cargo de la OEI-OGITT con el proyecto de artículo denominado:

como investigador principal, para lo cual confirmo la veracidad de todos los datos suministrados en relación al proyecto de investigación.

En el caso que el proyecto resulte seleccionado para la actividad de Asesoría, me comprometo a cumplir el plan de trabajo realizado en forma conjunta con el asesor dentro del plazo establecido y dando término al protocolo según las bases de la convocatoria.

Firma del Investigador:

Nombres y Apellidos: