

**INSTITUTO DE SERVICIOS DESCENTRALIZADOS DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO DE CAMPECHE**  
**CENTRO ESTATAL DE ONCOLOGÍA DE CAMPECHE**

Av. Lázaro Cárdenas No. 208. Esquina antiguo camino a Chiná, Sector Las Flores C.P. 24096  
San Francisco de Campeche, Campeche. Tel. (981) 813 3272

**FORMATO DE REGISTRO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN**

Fecha (dd/mm/aa):

Uso exclusivo del Departamento de Investigación  
del Centro Estatal de Oncología de Campeche

**No. de Registro:**

**A) Datos del responsable técnico**

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <b>Nombre del responsable:</b> |  |
|--------------------------------|--|

|                                 |  |                |  |
|---------------------------------|--|----------------|--|
| <b>Facultad de adscripción:</b> |  | <b>Campus:</b> |  |
|---------------------------------|--|----------------|--|

|   |           |          |              |              |
|---|-----------|----------|--------------|--------------|
| <b>Máximo grado académico:</b><br>(Indicar con una X) | Doctor(a) | Maestría | Especialidad | Licenciatura |
|---|-----------|----------|--------------|--------------|

|  |  |
|--|--|
| <b>Lugar donde obtuvo su último grado académico:</b> |  |
|--|--|

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Correo electrónico:</b> |  |
|----------------------------|--|

**B) Aval del Comité de Ética en Investigación del Centro Estatal de Oncología.**

(Indicar con una X y anexar documento de aprobación del Comité)

¿Este proyecto de investigación fue avalado por el Comité de Ética en Investigación?

(SI) (NO)

El dictamen correspondiente fue:

(Exento) (Aprobado)

**C) Datos del proyecto de investigación**

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Título del Proyecto:</b> |  |
|-----------------------------|--|

|  |        |          |                        |                        |
|--|--------|----------|------------------------|------------------------|
| <b>Tipo de investigación:</b><br>(Indicar con una X) | Básica | Aplicada | Desarrollo tecnológico | Innovación tecnológica |
|--|--------|----------|------------------------|------------------------|

|                                      |             |  |
|--------------------------------------|-------------|--|
| <b>Grado de avance del proyecto:</b> | Por iniciar | En proceso (indicar porcentaje de avance): |
|--------------------------------------|-------------|--|

|   |  |
|---|--|
| <b>Línea de investigación del proyecto:</b> |  |
|---|--|

**INSTITUTO DE SERVICIOS DESCENTRALIZADOS DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO DE CAMPECHE**  
**CENTRO ESTATAL DE ONCOLOGÍA DE CAMPECHE**

Av. Lázaro Cárdenas No. 208. Esquina antiguo camino a Chiná, Sector Las Flores C.P. 24096  
San Francisco de Campeche, Campeche. Tel. (981) 813 3272

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>Área de conocimiento:</b><br>(Indicar con una X) | <input type="checkbox"/> Ciencias Sociales y Humanidades | <input type="checkbox"/> Ciencias Naturales y Exactas |
|---|--|---|

|  |  |
|--|--|
| <b>Objetivo del proyecto (Español) :</b> |  |
|--|--|

|   |  |
|---|--|
| <b>Resumen del proyecto (máximo 200 palabras)</b> |  |
| <b>Palabras clave:</b>                            |  |

|   |  |                                  |                                   |                          |
|---|--|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| <b>Financiamiento externo:</b><br>(Indicar con una X)                               | <input type="checkbox"/> Convocatoria    | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> Convenio | <input type="checkbox"/> |
| <b>Nombre de la instancia que otorga el recurso:</b>                                |  |                                  |                                   |                          |
| <b>Monto aprobado:</b><br>(Indicar tipo de moneda y monto total en pesos mexicanos) | <input type="checkbox"/> Moneda nacional | <input type="checkbox"/> Dólares | <input type="checkbox"/> Euros    | <b>Monto total:</b>      |

|                         |  |                          |  |
|-------------------------|--|--------------------------|--|
| <b>Fecha de inicio:</b> |  | <b>Fecha de término:</b> |  |
|-------------------------|--|--------------------------|--|

| <b>Investigadores colaboradores:</b>                    | Adscripción | Nombre | Productos que realizarán derivados de la colaboración. |
|---|-------------|--------|--|
| <b>Publicaciones nacionales</b><br>(Indicar con número) |             |        |  |

| <b>Alumnos participantes:</b> | Adscripción | No. de expediente | Residente o Pasante | Licenciatura o Especialidad |
|-------------------------------|-------------|-------------------|---------------------|-----------------------------|
|                               |             |                   |                     |                             |

**INSTITUTO DE SERVICIOS DESCENTRALIZADOS DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO DE CAMPECHE**  
**CENTRO ESTATAL DE ONCOLOGÍA DE CAMPECHE**

Av. Lázaro Cárdenas No. 208. Esquina antiguo camino a Chiná, Sector Las Flores C.P. 24096  
San Francisco de Campeche, Campeche. Tel. (981) 813 3272

**D) Productos entregables al finalizar el proyecto de investigación**

|  |                              |  |                               |  |                                   |  |
|--|------------------------------|--|-------------------------------|--|-----------------------------------|--|
| <b>Publicaciones internacionales</b><br>(Indicar con número)                     | Artículos indizados          |  | Artículos arbitrados          |  | Memorias                          |  |
|  | Memorias in extenso          |  | Libros indizados              |  | Libros arbitrados                 |  |
|  | Capítulos de libro indizados |  | Capítulos de libro arbitrados |  |                                   |  |
| <b>Formación de recursos humanos.</b> (Tesis defendidas)<br>(Indicar con número) | Especialidad                 |  |                               |  |                                   |  |
|  | Licenciatura                 |  |                               |  |                                   |  |
| <b>Difusión nacional</b><br>(Indicar con número en cada apartado)                | Ponencias                    |  | Conferencia                   |  | Cartel                            |  |
|  | Taller                       |  | Simposio                      |  | Presentación y exposición en arte |  |
| <b>Difusión internacional</b><br>(Indicar con número en cada apartado)           | Ponencia                     |  | Conferencia                   |  | Cartel                            |  |
|  | Taller                       |  | Simposio                      |  |                                   |  |

(Nombre y firma)

**Responsable del Proyecto**

(Nombre y firma)

**Jefe del Departamento de Investigación**  
**Del Centro Estatal de Oncología Campeche**

(Nombre y firma)

**Director General del Centro Estatal de Oncología Campeche**