

**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> (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> (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> (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> (Indicar con una X)	<input type="checkbox"/> Convocatoria	<input type="checkbox"/> Convenio		
<b>Nombre de la instancia que otorga el recurso:</b>				
<b>Monto aprobado:</b> (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> (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> (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) (Indicar con número)	Especialidad					
	Licenciatura					
<b>Difusión nacional</b> (Indicar con número en cada apartado)	Ponencias		Conferencia		Cartel	
	Taller		Simposio		Presentación y exposición en arte	
<b>Difusión internacional</b> (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**