

COMITÉ DE ETICA E INVESTIGACIÓN – HOSPITAL SANTO TOMÁS

Tipo de	Formulario de procedimiento	Cod. F/P 7	
documento:	Uso del CEI-HST	Vigencia: sept 2016	
Nombre	LISTA DE VERIFICACION DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL	VERSION: 02	

ista de verificacion del Investigador Principal.	
uente: Hoja de vida	
Nombre del verificador:	
Cargo del verificador:	
echa de verificación:	

	Sí	No
Nombre del investigador		
Dirección física de contacto		
Número de teléfono de contacto		
Correo electrónico		
Educación con máximos grados académicos universitarios en orden cronológico		
Experiencia laboral en orden cronológico		
Experiencia laboral en investigación e instituciones o áreas de investigación		
Publicaciones, en orden cronológico (siguiendo las normas de Vancouver)		
Patentes registradas		
Afiliaciones académicas		
Afiliaciones comerciales que puedan estar relacionadas de alguna manera con el estudio		