
	FORMULARIO	FOR-DIIS-038
	SOLICITUD DE CAMBIO DE INVESTIGADOR PRINCIPAL	Edición N° 01

Código de RNE:
(Generado automáticamente durante el registro electrónico en el REPEC)

I. DATOS DEL PATROCINADOR		Extranjero: <input type="checkbox"/>	Nacional: <input type="checkbox"/>
1. PERSONA NATURAL <input type="checkbox"/>			
Apellido Paterno:		Apellido Materno:	
Nombres:		D.N.I./ C.E./ PAS:	
Correo electrónico:		Teléfono y anexo:	
Domicilio Legal: (Distrito, Provincia y Departamento)			
2. PERSONA JURÍDICA <input type="checkbox"/>			
2.1. PATROCINADOR EXTRANJERO (Registrado previamente en el REPEC del INS)			
Nombre Registrado: (Conforme al Certificado de Constitución de la empresa, compañía u organización o el instrumento equivalente en el país de origen).		Nombres Comerciales Registrados: (De la compañía u organización).	
N° de registro comercial:		Nombres y apellidos del representante legal: (Debidamente facultado, para actuar como representante de ésta y otorgar poderes a su nombre).	
N° de Documento de identidad del representante legal: (El documento equivalente al país de origen).		Cargo que desempeña en la organización:	
Correo electrónico:		Teléfono y anexo:	
Domicilio legal:		Código postal:	
2.1.1. REPRESENTANTE DEL PATROCINADOR EXTRANJERO EN PERÚ (Marca una de las opciones)			
<input type="checkbox"/> FILIAL:	<input type="checkbox"/> SUCURSAL:	<input type="checkbox"/> OIC:	<input type="checkbox"/> OTRO: _____
RUC:		Razón Social: (Datos de su representante legal agregarlos en el numeral 2.3 y 2.4)	
Nombre Comercial:		Teléfono y anexo:	
2.2. PATROCINADOR NACIONAL: (Registrado previamente en el REPEC del INS)			
RUC:		Razón Social: (Datos de su representante legal agregados en el numeral 2.3 y 2.4)	
Nombre Comercial:		Teléfono y anexo:	
Correo electrónico:			
2.3. REPRESENTANTE LEGAL (Para empresa, acreditado en la vigencia de poder / para entidad pública, acreditado en la Resolución que lo designa): (De existir una persona diferente al representante legal como un apoderado, debe contar con el poder especial el cual debe indicar expresamente él o los actos para los cuales fue conferido)			
Apellido Paterno:		Apellido Materno:	
Nombres:		D.N.I./ C.E./ PAS:	
Poder registrado en la Oficina Registral - SUNARP: (Completar si es de Lima o provincia)		Cargo:	

	FORMULARIO	FOR-DIIS-038
	SOLICITUD DE CAMBIO DE INVESTIGADOR PRINCIPAL	Edición N° 01

Partida electrónica N°:		Asiento N°:	
N° de resolución que lo designa: <i>(Completar este ítem solo si es entidad pública y detallar el nombre completo de la resolución)</i>		Fecha: <i>(Día, mes y año)</i>	
Correo electrónico:		Teléfono y anexo:	

2.4. DOMICILIO DEL REPRESENTANTE LEGAL:
Si considera importante alguna información adicional agregarla

Dirección:		Distrito:	
Provincia:		Departamento:	

2.5. OTROS:
Si considera importante alguna información adicional agregarla

--

TIPO DE INSTITUCIÓN

--

II. INFORMACIÓN GENERAL DEL ENSAYO CLÍNICO

Título del Ensayo Clínico: <i>(Ingresar conforme figura en el REPEC)</i>			
N° EC INS:		Fecha de vencimiento de la Póliza de Seguro:	

III. INFORMACIÓN RESPECTO AL CAMBIO DE INVESTIGADOR PRINCIPAL

3.1. Justificación de los motivos del cambio de investigador principal:

--

3.2. Datos del Cambio de Investigador Principal:

Institución de Investigación	Nombre de Centro de Investigación	Investigador Principal Anterior	Investigador Principal Propuesto

IV. REQUISITOS PARA LA SOLICITUD DE CAMBIO DE INVESTIGADOR PRINCIPAL

a	Solicitud de cambio de investigador principal justificando los motivos, incluye información del comprobante de pago N° ... de fecha ... (FOR-DIIS-038)	<input type="checkbox"/>
b	Curriculum Vitae actualizado no documentado del investigador principal propuesto, según modelo establecido en el Manual de Procedimientos de Ensayos Clínicos. (FOR-DIIS-031)	<input type="checkbox"/>
c	Nuevo(s) formato(s) de consentimiento informado aprobado(s) por el CIEI que aprobó el estudio, consignando datos del investigador principal propuesto.	<input type="checkbox"/>

V. FIRMA

Manifiesto que la información proporcionada es verdadera y autorizo la verificación a lo declarado en atención al "Principio de Presunción de Veracidad" del numeral 1.7 del artículo IV del Título Preliminar del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 - Ley de Procedimiento Administrativo General, aprobado con Decreto Supremo 004-2019-JUS.

En señal de conformidad firmo el presente documento.

Fecha ____/____/____ - Hora:

*Nombre y firma
Representante Legal (ítem 2.3)*

NOTA:

- Todos los documentos deben ser foliados, presentados al Instituto Nacional de Salud en un folder o archivador y ordenados de acuerdo a lo establecido en los requisitos indicando los nombres de cada uno de ellos mediante separadores.