



ANEXO III
CONVOCATORIA PARA EL DESARROLLO DE PROYECTOS DE
INVESTIGACIÓN EN EL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DEL
ACONCAGUA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Título del Plan de Trabajo
Director
Apellido y nombres: Título académico: Documento Nacional de Identidad: Domicilio particular: Domicilio laboral: Teléfono fijo particular: Teléfono fijo laboral: Teléfono celular: Correo electrónico: Correo electrónico alternativo:
Co-Director
Apellido y nombres: Título académico: Documento Nacional de Identidad: Domicilio particular: Domicilio laboral: Teléfono fijo particular: Teléfono fijo laboral: Teléfono celular: Correo electrónico: Correo electrónico alternativo:
Institución/es donde se realizará el proyecto (<i>adjuntar aval institucional y patrimonial; descargar formulario de www.uda.edu.ar</i>)
Nombre de la Institución: Domicilio: Teléfono:



Instituto de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Médicas Universidad del Aconcagua

Palabras clave (mencionar hasta 5 palabras clave que identifiquen el proyecto)

--

Resumen (Extensión máxima 250 palabras)

--

Estado actual del conocimientos sobre el tema (Extensión máxima 300 palabras)

--

Formulación y fundamentación del problema a investigar (Extensión máxima 300 palabras)

--

Hipótesis y Objetivos (Extensión máxima 100 palabras)

--

Materiales y métodos (Extensión máxima 500 palabras)

--

Referencias bibliográficas

--

Resultados esperados y relevancia de los mismos (Extensión máxima 200 palabras)

--

Equipo de trabajo

FUNCIÓN	APELLIDO Y NOMBRES	GRADO DE FORMACIÓN*	CARGO DOCENTE (si corresponde)	TIEMPO SEMANAL**
Director				
Co-Director				
Integrantes (agregar filas si es necesario)				

*IF: Investigador Formado

IEF: Investigador en Formación

R: Residente

ES: Estudiante de Grado

** Tiempo semanal en horas (promedio) dedicado al proyecto

Equipamiento y materiales necesarios para la ejecución del Proyecto (Describir el equipamiento y materiales disponibles en la Unidad Ejecutora y en otros lugares que serán utilizados en el desarrollo del Proyecto. Tenga en cuenta que en las Bases se establece que no se financiará la adquisición de



equipamiento en esta convocatoria).

Cronograma de actividades

PRIMER AÑO

Actividades (agregar filas si es necesario)	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

SEGUNDO AÑO

Actividades (agregar filas si es necesario)	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Distribución estimativa del subsidio

RUBROS	PORCENTAJE
Materiales de consumo	
Inscripción a reuniones científicas	
Servicios	
Otros (especificar)	
MONTO ESTIMADO (no superar \$ 10.000)	

Financiación de otro origen

INSTITUCIÓN	DESTINO	MONTO ACORDADO



Instituto de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Médicas
Universidad del Aconcagua

Declaración Jurada

Conozco y acepto las disposiciones consignadas en las bases de la presente **CONVOCATORIA A SUBSIDIOS PARA EL DESARROLLO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EN EL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA** y me comprometo a presentar los informes de avance y final en las fechas estipuladas (tanto académicos como financieros). Todos los datos contenidos en el presente formulario tienen carácter de declaración jurada.

Lugar y fecha:

Firma y aclaración del Director del Proyecto: