



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

**ANEXO III**

**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 <a href="http://www.uda.edu.ar">www.uda.edu.ar</a></i> )
Nombre de la Institución: Domicilio: Teléfono:



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 <i>(agregar filas si es necesario)</i>	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

**Declaración Jurada**

Conozco y acepto las disposiciones consignadas en las bases de la presente CONVOCATORIA A SUBSIDIOS PARA EL DESARROLLO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN DEL 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:

