**Fecha del informe:**  / /

|  |
| --- |
| **Investigador principal:****Investigador asociado principal:**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Título del Protocolo:**  | **Nº de Registro:** |
| **Fecha de vigencia:** (referida en el dictamen) |

**Señale con una X la causa de la suspensión**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | Muestra/pacientes |  | Renuncia del investigador |  | Trámites jurídicos/convenios |
|  | Equipo  |  | Financiamiento |  | Otros (especifique): |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Porcentaje de avance al momento de la suspensión**  |  | **Posible fecha de reactivación** |  |

**Confirmo estar bajo conocimiento de los siguiente:**

* **A partir de la fecha de suspensión cada seis meses, deberé entregar en tiempo y forma el reporte de SEGUIMIENTO DE SUSPENSIÓN adecuadamente completado.**
* **Los protocolos en suspensión, solo puede permanecer en este estado un periodo máximo de dos años, cumpliendo este tiempo deberé informar o solicitar la reactivación de ser posible, o su cancelación**
* **De no cumplir con los reportes informativos semestrales de forma consecutiva, la División de Investigación Clínica o la Subdirección de investigación podrá solicitar la cancelación del proyecto a los Comités de este Hospital, como está establecido bajo el Reglamento de estos**

**SEGUIMIENTO DE SUSPENSIÓN: Complete según corresponda**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SEMESTRE DE REPORTE** | **FECHA EN TIEMPO** | **FECHA EXTEMPORANEO** |
| **PRIMERO**  |  |  |
| **SEGUNDO**  |  |  |
| **TERCERO** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **SE SOLICITA REACTIVACION (FECHA)** |  |
| **SE SOLICITA CANCELACIÓN (FECHA)** |  |

 **FIRMA**

 **INVESTIGADOR PRINCIPAL**

**NOTIFICAMOS QUE AMBOS INVESTIGADORES ESTAMOS DE ACUERDO**

**EN LA SUSPENSIÓN DEL PROTOCOLO**

 **Vo Bo DIC SELLO DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA**