



Gobierno de Córdoba  
Ministerio de Salud

# REGISTRO PROVINCIAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD (RePIS)

## REGISTRO DE CENTROS

**N° DE RePIS  
DEL CENTRO**

I. EL CENTRO			
Nombre del Centro:			
Dirección:			
Ciudad:			
Teléfono:		Fax:	
E-mail:			

II. RECURSOS HUMANOS DEL CENTRO (incluya todo el recurso humano afectado al área de investigación del centro)				
ROL DENTRO DEL CENTRO	APELLIDO Y NOMBRE	PROFESIÓN	ESPECIALIDAD	No de registro en RePIS
DIRECTOR/PRESIDENTE				
INVESTIGADORES				
OTROS:				
	APELLIDO Y NOMBRE	PROFESIÓN	OTRA INFORMACIÓN	
SECRETARIO Administrativo:				
SECRETARIO Administrativo del Área de investigación:				

III. REGLAMENTO INTERNO	
Fecha Primera Versión:	Fecha Versión actualizada:

IV. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS (hace referencia al primer y ultimo manual desarrollado)	
Fecha Primera Versión:	Fecha Versión actualizada:

V. TRÁMITES ANTE CIEIS EVALUADOR			
RESPONSABLE:		DNI:	

VI. DATOS HISTÓRICOS
FECHA DE CREACIÓN DEL CENTRO:
N° DE PROTOCOLOS ACTIVOS:
N° DE PROTOCOLOS DESARROLLADOS DESDE SU CREACION:

VII. LISTADO DE MIEMBROS DE CONSULTORES DEL CENTRO (incluye todas las disciplinas)				
APELLIDO Y NOMBRE	PROFESIÓN	ESPECIALIDAD	ES CONSULTOR	
			DESDE	HASTA

VIII. INFRAESTRUCTURA		
El CENTRO cuenta con: (marcar con una X por SI o por NO)	SI	NO
LIBRO DE ACTAS		
TELÉFONO		
COMPUTADORA		
ACCESO A INTERNET		
ARMARIO PARA PROTOCOLO CON SEGURIDAD		
ARMARIO PARA EAS CON SEGURIDAD		
SALA DE RESGUARDO Y CONSERVACIÓN DE FÁRMACOS Y OTROS ELEMENTOS		
OFICINA – SALA DE REUNION		
IX. REGLAMENTOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CENTRO		
El CENTRO cuenta con: (marcar con una X por SI o por NO)	SI	NO
REGLAMENTO INTERNO		
PROCEDIMIENTOS ESTÁNDARES DE LAS AREAS		
PROCEDIMIENTOS ESTÁNDARES DE SEGUIMIENTO DE PROTOCOLO		
PROCEDIMIENTOS ESTÁNDARES DE ARCHIVO DE DOCUMENTACIÓN		
PROCEDIMIENTOS ESTÁNDARES DE EVALUACIÓN DE TOMA C. INFORMADO		
PROCEDIMIENTOS ESTÁNDARES DE EVALUACIÓN DE INVESTIGADORES		
REGISTRO Y ESTADISTICA DE LOS PROCEDIMIENTOS		
FLUJOGRAMA DE PROCESOS		
ASESORIA JURIDICA		

X. FINES DEL CENTRO		
El CENTRO cuenta con: (marcar con una X por SI o por NO)	SI	NO
CONVENIOS DOCENTES		
HOSPITALES O INSTITUCIONES DE SALUD VINCULADAS, PÚBLICAS Y/O PRIVADAS		
DOCUMENTO QUE ESTABLECE VÍNCULO JURÍDICO (CONTRATO)		
PLAN DE INTEGRACIÓN DEL CENTRO E INSTITUCIONES VINCULADAS (RAZÓN DE INTEGRACIÓN)		
PROCEDIMIENTO OPERATIVO QUE ASEGRE LA INTEGRACIÓN DEL CENTRO E INSTITUCIONES VINCULADAS		
EVALUACIÓN DE PLAN DE INTEGRACIÓN (AL MENOS UNA VEZ AL AÑO)		
DOCUMENTO DONDE CONSTE AFILIACIONES ( HOSPITALES, INSTITUTOS) NECESARIAS PARA ATENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS		

XI. RECURSOS FINANCIEROS		
El CENTRO cuenta con: (marcar con una X por SI o por NO)	SI	NO
SUSTENTABILIDAD ECONÓMICA		
SEGUROS		
CONTRATOS		

<b>XII. RECURSOS DOCENTES Y DE INVESTIGACION</b>		
<b>EI CENTRO cuenta con:</b> (marcar con una X por SI o por NO)	<b>SI</b>	<b>NO</b>
DOCUMENTACIÓN QUE ACREDITE COMITÉ CAPACITACIÓN Y DOCENCIA (INTEGRANTES, ACTIVIDADES, OBJETIVOS Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS)		
DOCUMENTO DONDE CONSTE LA EXISTENCIA DE UN COMITÉ CIENTÍFICO EXTERNO (CIEIS ASOCIADO)		
DOCUMENTO QUE ACREDITE ACTIVIDADES DE INTEGRACIÓN ENTRE EL CENTRO Y CIEIS ASOCIADO		
DOCUMENTO QUE ACREDITE QUE EL CENTRO ACTÚA COMO OFICINA DE TRANSFERENCIA DE DATOS		
4.10 AUTOEVALUACIÓN Y CONTROL DE RESULTADOS		
4.11 FLUJOGRAMA DE EA (EVENTOS ADVERSOS)		
4.14 SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EA (EVENTOS ADVERSOS)		
4.16 PROGRAMA DE FORMACIÓN POSTGRADO		
4.17 PROGRAMA DE FORMACIÓN EN INVESTIGACIÓN		
4.18 BIBLIOTECA		

**La información de este formulario tiene carácter de declaración jurada por lo que no se aceptarán inscripciones manuales ni enmiendas realizadas al mismo.**

.....  
**Firma Director de la Institución asociada (CIEIS)**

Sello

.....  
 Fecha

.....  
**Firma Director/Presidente de la Institución**

Sello

.....  
 Fecha