



**UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR**  
**COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN**  
**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**Anexo 1. Formato de Solicitud de revisión del protocolo de investigación según tipo de investigación indicada en la Sección 2 del instructivo**

Lugar y fecha

Doctor

Diego Sigcho Lopez

**Coordinador/a de la Comisión de Investigación de la Facultad (COIF)**

**Facultad de Odontología**

De mi mejor consideración:

Por medio del presente, yo (nombre del investigador principal) en calidad de investigador principal, solicito la evaluación de la investigación (título de la investigación), para realizar la siguiente revisión por parte de la COIF:

| Tipo de revisión solicitada |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Si | No |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 1                           | Investigación que requieren "Informe de aprobación" de la COIF de la Facultad de Odontología previo al registro en Dirección de Investigación                                                                                                                                                                            |    |    |
| 2                           | Investigación que requieren "Informe de aprobación" de la COIF de la Facultad de Odontología para luego iniciar el trámite de aval ético del Comité de Ética de Investigación de Seres Humanos (CEISH) de la Universidad Central del Ecuador o de otro Comité de Ética autorizado por el Ministerio de Salud del Ecuador |    |    |
| 3                           | Investigación que requieren "Informe de aprobación" de la COIF de la Facultad de Odontología                                                                                                                                                                                                                             |    |    |
| 4                           | Investigaciones que requieren revisión de la COIF de la Facultad de Odontología para luego iniciar el trámite del aval ético de la Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia (mientras se establece oficialmente el CEIA)                                                                                             |    |    |
| 5                           | Investigaciones que requieren "Visto bueno" de la COIF de la Facultad de Odontología previo al registro en la Dirección de Investigación de la UCE                                                                                                                                                                       |    |    |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |    |

**Código COIF-UCE**

Atentamente

*Nombre y firma del Investigador Principal*

Correo electrónico personal:

Correo electrónico institucional:

Telf.:

*Nombre y firma del Tutor*



**COIF**  
Odontología

**UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR**  
**COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN**  
**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**