



DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN
- COLCIENCIAS -

**CONVOCATORIA NACIONAL
JÓVENES INVESTIGADORES EN MEDICINA**

ANEXO 4 - CARTA DE AVAL Y COMPROMISO INSTITUCIONAL

(Ciudad), (Día) de (Mes) de 201_

Señores

COLCIENCIAS

Av. Calle 26 # 57-41 Torre 8

Bogotá D.C.

Asunto: Carta de Aval Institucional Convocatoria Jóvenes Investigadores en Medicina
No. _____ año 2018

En calidad de Representante Legal del (Centro de Investigación) me permito presentar y avalar al joven _____ identificado con cédula de ciudadanía No. _____, expedida en _____, quien aspira a realizar una beca-pasantía como joven investigador en Medicina en el grupo de investigación (Código y nombre del grupo) del Centro de Investigación (misma entidad que avala) _____ sede _____ para desarrollar la propuesta de actividades y resultados presentada a la convocatoria, bajo la dirección del tutor _____ quien pertenece al grupo de investigación, desarrollo tecnológico o de Innovación.

Así mismo, certifico que el joven avalado ha realizado los siguientes artículos de investigación en autoría o coautoría, los cuales han sido aceptados o publicados en revistas indexadas:

1. Título del artículo:

Revista:

ISSN:

2. Título del artículo:

Revista:

ISSN:

La copia de estos artículos se adjuntan en el espacio destinado para tal fin, como parte de los documentos solicitados para la postulación del joven.



INSTITUTO CIENTÍFICO
PFIZER COLOMBIA



COLCIENCIAS



GOBIERNO DE COLOMBIA

De igual forma, se manifiesta que (Nombre del candidato) _____ no es beneficiario (a) de manera simultánea, de dos o más convocatorias financiadas o cofinanciadas por COLCIENCIAS.

(Si aplica) Ha recibido el beneficio del Programa Jóvenes Investigadores e Innovadores por (número de convocatorias) _____ período (s).

De la misma forma, mediante la presente me permito establecer los compromisos que enuncio a continuación:

1. Interlocución:

Informo a COLCIENCIAS que la (s) persona (s) encargada (s) de ejercer la función de interlocutor (es), quien (es) se encargará (n) de solicitar las respectivas aclaraciones una vez sea publicado el banco preliminar de elegibles y de realizar el trámite para la suscripción del convenio con Colciencias es (son):

Nombre del interlocutor:

Cargo:

Documento de identidad: (Tipo y Número de identificación).

Correo electrónico:

Teléfono:

2. Contrapartida:

Se establece el compromiso que en caso que el joven resulte financiable por COLCIENCIAS, se aportará una contrapartida del 30% del valor total de su beca-pasantía, la cual tendrá una duración de 12 meses.

3. De la aceptación de las condiciones y términos de referencia que establece COLCIENCIAS

Como representante legal **ACEPTO** expresa e irrevocablemente que conocemos detalladamente las características, requisitos y condiciones de la convocatoria "Jóvenes Investigadores en Medicina", de manera que nos sometemos a lo establecido en los Términos de Referencia determinados por COLCIENCIAS para el desarrollo de la misma y para la entrega del recurso en caso que el joven resulte financiable.

Con la presente manifestación inequívoca de voluntad, declaramos que en caso de ser beneficiados en la convocatoria "Jóvenes Investigadores en Medicina", el recurso de financiación será recibido en los términos que COLCIENCIAS establezca; comprendemos y aceptamos que la no aceptación o el incumplimiento de alguna de las condiciones establecidas, dará lugar a la pérdida definitiva del recurso.

Declaramos que la información suministrada es veraz y corresponde a la realidad. En caso de encontrarse alguna incoherencia o inconsistencia en la información o



INSTITUTO CIENTÍFICO
PFIZER COLOMBIA



COLCIENCIAS



GOBIERNO DE COLOMBIA

documentación suministrada, COLCIENCIAS podrá en cualquier momento, rechazar estas propuestas o finiquitar el beneficio, sin perjuicio de las acciones legales correspondientes.



INSTITUTO CIENTIFICO
PFIZER COLOMBIA



COLCIENCIAS



GOBIERNO DE COLOMBIA

Atentamente,

Nombre y firma del Representante legal

Representante Legal

C.C.

Nombre y firma del director del grupo

Director

C.C.

Nombre y firma del tutor asignado

Tutor

C.C.