

**Llamado a Concurso de Proyectos de Investigación de Cátedras-PIUA**

**Docentes Investigadores Facultad de Ciencias Médicas**

**2025-26**

CARÁTULA PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DE CÁTEDRAS 2025-26

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**Este documento debe presentarse digitalmente, firmado en original por el director de proyecto y presentar aval académico.**

Título del proyecto

Project Title

Palabras Clave

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

Key Words

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

Línea prioritaria donde se encuentra enmarcado

Cátedra/s de la carrera de Ciencias Médicas

Director de proyecto

Apellido y Nombre:

DNI:

Correo electrónico:

Teléfono de contacto:

Co-Director de proyecto

Apellido y Nombre:

DNI:

Correo electrónico:

Teléfono de contacto:

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tipo de proyecto al que se presenta | **PIUA** | **PIUA-Grupo consolidado** |
|  |  |

**Áreas de investigación**

**Título del proyecto**

|  |
| --- |
|  |

Línea prioritaria donde se encuentra enmarcado

Cátedra/s de la carrera de Ciencias Médicas

**Área Temática y Especialidad** (según su línea de trabajo específico):

Área temática

|  |
| --- |
|  |

Especialidad

**Responsable del Proyecto**

Apellido y Nombre del Director:

|  |
| --- |
|  |

Cargo docente en la Facultad de Ciencias Médicas (marque con una X)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ProfesorTitular | ProfesorAsociado | ProfesorAdjunto | JTP | Otro |
|  |  |  |  |  |

Categoría de docente-investigador obtenida en categorización UM 2017-18 o 2022

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | No Categorizado |
|  |  |  |  |  |  |

**Datos de contacto**

|  |  |
| --- | --- |
| Correo electrónico institucional | **@um.edu.ar** |

|  |  |
| --- | --- |
| Otro correo electrónico (particular) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Teléfono fijo  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Teléfono celular  |  |

**Equipo de Investigación**

**Co-director**

Apellido y nombre:

DNI:

Máximo título alcanzado:

Cargo docente FCM:

Categoría Docente-Investigador DIUM:

Tareas a desarrollar:

**Investigador** (copie y pegue tantos como sea necesario)

Apellido y nombre:

DNI:

Máximo título alcanzado:

Cargo docente FCM:

Categoría Docente-Investigador DIUM:

Tareas a desarrollar:

**Investigador externo** (copie y pegue tantos como sea necesario)

Apellido y nombre:

DNI:

Máximo título alcanzado:

Cargo docente:

Lugar de Trabajo:

Categoría Docente-Investigador DIUM:

Tareas a desarrollar:

**Becario diplomado** (copie y pegue tantos como sea necesario)

Apellido y nombre:

DNI:

Máximo título alcanzado:

Cargo docente UM:

Categoría Docente-Investigador DIUM:

Tareas a desarrollar:

**Becario Alumno** (copie y pegue tantos como sea necesario)

Apellido y nombre:

DNI:

Matrícula:

Año que cursa en FCM:

Tareas a desarrollar:

|  |
| --- |
|  **PLAN DE INVESTIGACIÓN** |

Resumen técnico (hasta 300 palabras)

|  |
| --- |
|  |

Resumen en inglés (hasta 300 palabras)

|  |
| --- |
|  |

Antecedentes(hasta 1000 palabras)

|  |
| --- |
|  |

Objetivo general (hasta 100 palabras)

|  |
| --- |
|  |

Objetivos específicos (hasta 300 palabras)

|  |
| --- |
|  |

Metodología y diseño experimental(hasta 700 palabras)

|  |
| --- |
|  |

Factibilidad y resultados esperados **(**hasta 300 palabras)

|  |
| --- |
|  |

Formación de recursos humanos (hasta 200 palabras)

|  |
| --- |
|    |

Alcance social y ético de la investigación(hasta 1 carilla**- si se requiere informe del comité de ética, anexar al proyecto**)

|  |
| --- |
|    |

Lugar donde se desarrollará el proyecto

|  |
| --- |
|    |

**Cronograma de Actividades**

  **Primer Año**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Actividad (detalle) | Mes1 | Mes2 | Mes3 | Mes4 | Mes5 | Mes6 | Mes7 | Mes8 | Mes 9 | Mes 10 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Bibliografía** (no exceder dos carillas)

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **TRANSMISIÓN DE RESULTADOS** |

**Indique de qué manera prevé realizar la difusión de los resultados de la investigación**. (Marque con una X en cada caso, según corresponda)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Si | No |
| Publicaciones |  |  |
| Participación en eventos académicos |  |  |
| Registro de la propiedad de resultados |  |  |
| Actividades de transferencia y/o vinculación |  |  |

**Importante:** En las publicaciones, participación en eventos académicos, científicos, etc., es imprescindible señalar la pertenencia institucional a la Facultad de Ciencias Médicas-UM en las producciones de los investigadores de los proyectos que cuentan con financiamiento de la FCM-UM**.**

|  |
| --- |
| **VINCULACIONES INSTITUCIONALES O ACADÉMICAS** |

En caso de que el proyecto que se presenta posea vinculaciones con otros grupos de investigación, institucionales o académicos, consignar:

|  |  |
| --- | --- |
| Título del Proyecto |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Institución |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Apellido y Nombre (\*) |  |

(\*) del investigador responsable con el que está vinculado.

|  |
| --- |
| **7. PRESUPUESTO** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rubro** | **Descripción del gasto a realizar** | **Monto en pesos** |
| Insumos |  |  |
| Equipamiento |  |  |
| Pasajes y viáticos |  |  |
| Publicación de resultados |  |  |
| Honorarios |  |  |
| Servicios técnicos y profesionales |  |  |
| Otros  |  |  |
| **Total**  | **$**  |

* Viáticos hasta 20%
* Insumos hasta 60%
* Equipamiento hasta 60%
* Publicación de los resultados hasta 20%
* Honorarios hasta 25%
* Servicios técnicos y profesionales hasta 20%
* Otros gastos hasta 10%

**El presente formulario debe ser enviado por correo electrónico a la dirección de:**

investigacion.medicas@**um.edu.ar**

**Asunto: Convocatoria 2025–26 APELLIDO Y NOMBRE (del director)**

**Formato: PDF**

**Nombre del archivo: Proyecto 2025–26 APELLIDO Y NOMBRE (del director)**