Bogotá D. C, DD,MM,AAAA

Doctor

**GUSTAVO SILVA CARRERO**

Vicerrector de Investigaciones

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE**

Bogotá, D.C.

**Asunto:** Aval de Los Cobos Medical Center para la presentación de propuestas a la 1ra Convocatoria conjunta Universidad El Bosque – Los Cobos Medical Center.

Respetado Doctor,

Nos permitimos certificar que la propuesta de investigación relacionada a continuación cuenta con el aval de Los Cobos Medical Center, por lo que, mediante la presente autorizamos la participación de los investigadores/colaboradores relacionados en la tabla.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN GENERAL DE LA PROPUESTA** | | | |
| **Título de la propuesta** |  | | |
| **Línea temática** |  | | |
| **Equipo de investigadores asociados a la Unidad académica** | | | |
| **Nombres y apellidos de los investigadores de Los Cobos Medical Center** | **Servicio/ Unidad Funcional o Área Administrativa** | **Área** | **Rol de participación**  **(Investigador principal o coinvestigador)** |
| Investigador 1 |  |  |  |
| Investigador 2 |  |  |  |
| Investigador X |  |  |  |

Así mismo, confirmamos que, en caso de ser aprobada la propuesta, se facilitará el uso de instalaciones, equipos, datos y demás recursos existentes en la institución relacionados con la ejecución de la propuesta.

Firmas:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Jefe de Servicio/Unidad Funcional/Unidad Administrativa  Los Cobos Medical Center |  |
| Firma Jefe de Servicio/Unidad Funcional/Unidad Administrativa  Los Cobos Medical Center |  |
| V°B° de la Dirección de Educación e Investigación de LCMC |  |

Aval de Los Cobos Medical Center para la presentación de propuestas a la 1ra Convocatoria conjunta Universidad El Bosque – Los Cobos Medical Center.