**Carta de Respaldo Convenios de Investigación**

**Nombre del Convenio:**

**Número Convenio Caja Web:**

**Número de Convenio Caja SAP:**

**Relación Aseguradora:**

[ ]  **FONDECYT:** *(sólo aplica a Fondecyt)*

[ ]  **Otros Convenios: 6000003000 (PUC)**

*Marque la casilla correspondiente:*

[ ]  Procedimiento Propios del Estudio

[ ]  SAE

[ ]  AE

(AE) **Nombre Médico Interconsultor:**

(AE) **Rut:**

(AE) **Especialidad:**

**Nombre Voluntario:**

**Rut Voluntario:**

**Fecha:**

**Prestaciones:** *(Indicar nombre y código de la Prestación)*

**Nombre Completo Investigador Responsable o Profesional Coordinador:**

**Firma: Timbre:**