**ANEXO** **7**

**FORMATO PARA PAGO DE *OVERHEAD* DE ENSAYOS CLÍNICOS(A SER LLENADO POR EL PATROCINADOR)**

FECHA:

INSTITUCIÓN DE INVESTIGACIÓN:

CENTRO DE INVESTIGACIÓN:

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

TÍTULO DEL ESTUDIO:

CÓDIGO INTERNACIONAL DEL ESTUDIO:

CÓDIGO DEL ESTUDIO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD:

PATROCINADOR:

ORGANIZACIÓN DE INVESTIGACIÓN POR CONTRATO:

**VISITAS EJECUTADAS HASTA LA FECHA (llenar monto en S/. correspondiente a cada casilla según lo ejecutado desde el inicio del estudio):**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** |  | **TOTAL** |
| **Código de paciente** | **Tamizaje** | **Día/**  **Semana 0** | **Día/**  **Semana …** | **Día/**  **Semana …** | … |
| 0001 |  |  |  |  |  |  |
| 0002 |  |  |  |  |  |  |
| 0003 |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |
| **Monto total ejecutado** |  |  |  |  |  |  |
| **Overhead** |  |  |  |  |  | TOTAL A |

**PAGOS PREVIOS REALIZADOS:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° pago** | **Fecha de pago** | | **N° Factura** | **Monto pagado** |
| 1 |  | |  |  |
| 2 |  | |  |  |
| … |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  | |  | **TOTAL** | TOTAL B |

**MONTO A PAGAR (según lo ejecutado en el periodo desde el último pago realizado): TOTAL A (Ejecutado) – TOTAL B (Pagado)**