**ANEXO 1B: REGISTRO DE INVESTIGADORES CON PERSONERÍA JURIDICA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REGISTRO**  **(Sección exclusiva para CONAP)** | | | | | | | | | | | |
| **CÓDIGO DE REGISTRO** | | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | | | | |
| **FECHA DE REGISTRO** | | | Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. | | | | | | | | |
| **REGIONAL DE CONAP** | | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | | | | |
| **DATOS DE LA INSTITUCIÓN**  **Esta sección debe ser llenada por el (la) investigador (a)** | | | | | | | | | | | |
| **TIPO DE INSTITUCIÓN** | | | | | | | | | | | |
| Académica |  | Empresarial | |  | Organización No Gubernamental | |  | Gubernamental |  | Otra |  |
| **DATOS DE LA INSTITUCIÓN** | | | | | | | | | | | |
| Nombre completo de la institución | | | | | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | |
| SIGLAS | | | | | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | |
| Nombre de la dependencia, unidad o departamento que se registra | | | | | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | |
| SIGLAS | | | | | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | |
| Nombre completo del director, jefe o encargado de la dependencia, unidad o departamento que se registra. | | | | | | Nombre: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.  Apellidos: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | |
| Dirección para recibir notificaciones | | | | | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | |
| Número de teléfono 1 | | | | | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | |
| Número de teléfono 2 | | | | | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | |
| Correo electrónico 1 | | | | | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | |
| Correo electrónico 2 | | | | | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | |
| ¿Ya cuenta con un número de registro de investigador otorgado por el CONAP previo a la aprobación del nuevo normativo? | | | | | | Sí  No  Número de registro: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | |
| **OTROS DATOS PARA INSTITUCIONES EMPRESARIALES**  ***Llenar este apartado únicamente las instituciones empresariales que realizan investigación. En caso de que el solicitante domicilie en el extranjero, deberá proporcionar información de un representante legal residente en el país*** | | | | | | | | | | | |
| **Datos del representante legal** | | | | | | | | | | | |
| Nombre completo del representante legal | | | | | | Nombre: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.  Apellidos: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | |
| Nacionalidad | | | | | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | |
| Número de DPI (nacionales) | | | | | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | |
| Número de Pasaporte (extranjeros) | | | | | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | |
| Dirección para recibir notificaciones en Guatemala | | | | | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | |
| Número de teléfono | | | | | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | |
| Correo electrónico 1 | | | | | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | |
| Correo electrónico 2 | | | | | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | |
| La institución solicitante ¿Cuenta con licencia (s) de investigación vigente (s)? | | | | | | Sí  No   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Número de licencia | Año en que fue otorgada | Periodo de vigencia | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **DOCUMENTOS QUE DEBEN ADJUNTARSE** | **Cumple** |
| Copia simple de Documento de Identificación Personal del responsable de dependencia/ unidad que se registra |  |
| Hoja de Vida del responsable de dependencia/ unidad que se registra |  |
| Recibo de pago (cuando aplique) |  |
| Copia legalizada del testimonio de la escritura constitutiva (cuando aplique) |  |
| Copia legalizada de patente de comercio (cuando aplique) |  |
| Copia legalizada del acta notarial en que conste el nombramiento vigente del representante legal y razón de inscripción en el registro correspondiente (cuando aplique) |  |
| Documentación pertinente que acredite la formación de la institución y designación de las personas que actúan en representación de la misma (cuando aplique). |  |

Nombre y firma del Solicitante Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Lugar y fecha Haga clic o pulse aquí para escribir texto.