

APRUEBA ACUERDO DE ESTUDIO CLÍNICO ENTRE
FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE,
DESARROLLO CLÍNICO TRASLACIONAL SPA Y DR. SERGIO
VARGAS MUNITA

RESOLUCION ECL N°1039

SANTIAGO, 23 DE JUNIO DE 2025

VISTO: Las facultades que me confiere el Reglamento General de Facultades contenido en el Decreto Universitario Exento N°906 de 2009; el Decreto TRA 309/106/2022 del 04 de julio de 2022; todos en relación con los artículos 36 y 37 del Estatuto de la Universidad de Chile contenido en el DFL N°3 de 10 de marzo de 2006, de Educación, lo señalado en el D.U. N°0014972 de 2025, que modifica el D.U. N°0026321 de 2023 que fija nuevas normas sobre exención del trámite de control de legalidad por parte de la Contraloría de la Universidad de Chile y fija su texto refundido, coordinado y sistematizado; y lo señalado en la Resolución N°36 de 2024, de Contraloría General de la República, y,

RESUELVO:

1. **APRUÉBESE** el contrato de estudio clínico suscrito el 19 de junio de 2025, entre Desarrollo Clínico Traslacional SpA, la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y Sergio Vargas Munita, cuyo texto es el siguiente:

To: Facultad de Medicina de la Universidad de Chile , with offices located at Independencia 1027, Independencia, Santiago, Chile ("Institution"), Desarrollo Clínico Traslacional SpA with offices located at Oviedo 781, Las Condes, Santiago, Chile ("Administrative Intervenant") and Sergio Luis Vargas Munita , with offices located at Independencia 1027, Independencia, Santiago, Chile ("Investigator") who has performed start-up activities in preparation for the Study listed below	Para: Facultad de Medicina de la Universidad de Chile , con oficinas localizadas en Independencia 1027, Independencia, Santiago, Chile ("Institución"), Desarrollo Clínico Traslacional SpA con oficinas localizadas en Oviedo 781, Las Condes, Santiago, Chile ("Administrativo Interviniente") y Sergio Luis Vargas Munita , con oficinas localizadas en Independencia 1027, Independencia, Santiago, Chile ("Investigador") quienes han realizado actividades de puesta en marcha en preparación para el Estudio que se indica a continuación
From: ModernaTX, Inc ("Sponsor") 325 Binney Street, Cambridge, MA 02142	De: ModernaTX, Inc. ("Patrocinador") 325 Binney Street, Cambridge, MA 02142
Protocol No: mRNA-1403-P301 (hereinafter "Protocol")	Protocolo N.º: mRNA-1403-P301 (en adelante, el "Protocolo")
Re: "A Phase 3, Randomized, Observer-blinded, Placebo-controlled Study to Evaluate the Safety and Efficacy of mRNA-1403, a Multivalent Candidate Vaccine to Prevent Norovirus Acute Gastroenteritis in Adults ≥18 Years of Age" (the "Study")	Asunto: "Estudio de fase 3, aleatorizado, a ciego para el observador, controlado con placebo, para evaluar la seguridad y la eficacia de mRNA-1403, una vacuna experimental multivalente para prevenir la gastroenteritis aguda por norovirus en adultos ≥18 años de edad" (el "Estudio")

Sponsor has contracted with **Parexel International Holding BV Y Compañía Limitada**, or its affiliate ("CRO") under a separate written agreement) to act as SPONSOR'S CONTRACTOR AND DESIGNEE IN MANAGING the Study for Sponsor. CRO, Institution and Investigator were in the process of Study start-up at the Institution, including negotiating a clinical trial agreement (the "CTA") when Sponsor made the decision to terminate Study conduct in Chile. As part of this Study start-up, Sponsor understands, and Institution and Investigator certify that preliminary activities were performed by Institution in preparation of the Study. In consideration of Institution's time and effort contributed to Study start-up, Sponsor will make a one-time start-up payment in the amount of U S D \$ 3,000 (overhead included) to Administrative Intervenant. Administrative Intervenant will pay the Institution USD \$500 for general expenses later, upon the issuance of the corresponding invoice.. IRB/EC Fees will be paid directly to the Central IRB/EC or EC committee. If Institution is using a Local IRB/EC, actual costs incurred will be reimbursed upon receipt by CRO of an original Valid Invoice and supporting documentation.

Invoice must be submitted in a timely manner and no later than thirty (30) days of execution of this Letter.

Please send original, correct and itemized invoice to the following address:

Preferred

Issue to:

El Patrocinador ha contratado a **Parexel International Holding BV Y Compañía Limitada**, o a su filial ("CRO" [contract research organization (organización de investigación clínica)] en virtud de un contrato escrito por separado) para actuar como CONTRATISTA Y PERSONA DESIGNADA DEL PATROCINADOR EN LA ADMINISTRACIÓN del Estudio para el Patrocinador. CRO, la Institución y el Investigador se encontraban en proceso de poner en marcha el Estudio en la Institución, incluida la negociación de un acuerdo de ensayo clínico (el "CTA" [clinical trial agreement]), cuando el Patrocinador tomó la decisión de finalizar la realización del Estudio en Chile. Como parte de la puesta en marcha de este Estudio, el Patrocinador comprende, y la Institución y el Investigador certifican, que la Institución realizó actividades preliminares en la preparación del Estudio. En consideración del tiempo y el esfuerzo que la Institución dedicó a la puesta en marcha del Estudio, el Patrocinador realizará un pago inicial por única vez por el monto de U S D \$ 3,000 (incluidos los gastos generales) al Administrative Intervenant. El Administrador Interviniente pagará posteriormente a la Institución USD \$500 de gastos generales, previa emisión de la factura correspondiente. Las tarifas del Institutional Review Board IRB (Junta de Revisión Institucional)/ Comité de Ética Central o Comité de Ética se pagarán directamente al IRB/CE central o al Comité de Ética. Si la Institución utiliza un IRB/CE local, los costos reales incurridos serán reembolsados una vez que la CRO reciba una factura válida original y la documentación de respaldo.

La factura debe presentarse de manera oportuna y en un plazo máximo de los treinta (30) días posteriores a la firma de esta Carta.

Envíe una factura original, correcta y detallada a la siguiente dirección:

Preferido

Emitir a:



Parexel International Holding BV Y
Compañía Limitada

Parexel International Holding BV Y
Compañía Limitada

Send to:

Enviar a:

Invoices should be e-mailed to: [CRA](#)
assigned to the study.

Las facturas deben enviarse por correo
electrónico a: [CRA](#) asignado al estudio

Paper invoices may be sent to:

Las facturas impresas pueden enviarse a:

Parexel International Holding BV Y
Compañía Limitada

Parexel International Holding BV Y
Compañía Limitada

Cerro el Plomo 5680, Office 301 Las
Condes, Santiago, Chile

Cerro el Plomo 5680, Office 301 Las
Condes, Santiago, Chile

Please note that invoices must contain
the following information:

Tenga en cuenta que las facturas deben contener
la siguiente información:

- (a) Protocol Number; and
- (b) Invoice Number; and
- (c) Invoice Date; and
- (d) Place, Date & Description of
Services Provided; and
- (e) CRO Project Number; and
- (f) Total amount payable
- (g) Exchange rate used (where
applicable); and
- (h) Investigator Name; and
- (i) Site Number; and
- (j) Investigator National Provider
Identification (NPI) Number; and
- (k) Payee Name and Address (per
this Agreement); and
- (l) CRO Address listed above; and

- (a) número de protocolo;
- (b) número de factura;
- (c) fecha de la factura;
- (d) lugar, fecha y descripción de los
Servicios Prestados;
- (e) número de proyecto de la CRO;
- (f) monto total a pagar;
- (g) tipo de cambio utilizado (cuando
corresponda);
- (h) nombre del investigador;
- (i) número del centro;
- (j) número de National Provider
Identification, NPI [Identificación
de Proveedor Nacional] del
Investigador;
- (k) nombre y dirección del
beneficiario (según el presente
contrato);
- (l) dirección de la CRO mencionada
anteriormente; y



(m) Date of Supply

Amounts are to be invoiced and paid in Chilean Peso, using the exchange rate of Banco de Chile for the day prior the date invoice is issued. Payment of shall be made to Institution by wire transfer to the following bank account:

(m) fecha de suministro.

Los importes se facturarán y pagarán en pesos chilenos, utilizando el tipo de cambio del Banco de Chile para el día anterior a la fecha de emisión de la factura. El pago se realizará a la Institución mediante transferencia bancaria a la siguiente cuenta bancaria:

Payee / Beneficiario del Pago	Payee Details / Datos del Beneficiario del Pago
Protocol Number / Número de Protocolo	mRNA-1403-P301
Payee Name / Nombre del Beneficiario del Pago	Desarrollo Clínico Traslacional SpA
Payee Address / Dirección del Beneficiario del Pago	Oviedo 781
Address Line 2 / Línea 2 de dirección	Las Condes
Address Line 3 / Línea 3 de dirección	
Province/State/Country / Provincia/Estado/País	Región Metropolitana
City / Ciudad	Santiago
Postal Code / Código postal	7550367
Country / País	CHI
Payee Contact / Persona de contacto del Beneficiario del Pago	Sergio Vargas Serrano
Payee Contact Phone Number / Número de teléfono de la persona de contacto del Beneficiario del Pago	+56992432018
Remittance E-mail Address / Dirección de correo electrónico de la remesa	administracion@desarrolloclinico.cl
General Finance contract e-mail address if different from above / Dirección de correo electrónico de la persona de contacto de Finanzas Generales, si es diferente de la anterior	administracion@desarrolloclinico.cl
NPI / NPI	
Tax ID (VAT/GST Registration/TIN/SSN) / Identificación tributaria (registro de IVA/GST [Goods and Services Tax (Impuesto sobre Bienes y Servicios)]/clave única de identificación tributaria [CUIT]/SSN [Social Security Number (Número de Seguro Social)])	77.294.698-8
Bank Account Holder Name / Nombre del titular de la cuenta bancaria	Desarrollo Clínico Traslacional SpA

Bank Account Number / Número de cuenta bancaria	89495845
IBAN (International Bank Account Number) / IBAN (<i>International Bank Account Number</i> [Número de cuenta bancaria internacional])	
Domestic (ABA Routing #) / Nacional (N.º de ruta bancaria ABA [<i>American Bankers Association</i> (Asociación de Banqueros Estadounidenses)])	
Bank Name / Nombre del banco	Banco de Crédito e Inversiones
Bank Number / Número del banco	
Bank Branch Number / Número de sucursal del banco	
Bank Identification Code / Código de identificación del banco	CREDCLRM
Bank Type / Tipo de banco	
Payment Currency / Moneda de pago	Chilean Pesos / Pesos Chilenos

By signing below, Institution and Investigator acknowledge and agree that the compensation received under this Letter does not exceed the fair market value of the activities Institution and/or Investigator performed, and that no payments are being provided to Institution and Investigator for the purpose of inducing Institution or Investigator to purchase or prescribe any drugs, devices or products. Investigator agrees will not bill any patient, insurer, or governmental agency for any items, visits, services or expenses provided or paid for by Sponsor. Investigator further agrees that Institution and Investigator will not provide any money or item of value to any government official or representative to improperly influence government actions.

The Investigator shall ensure that financial controls are in place and that payments and transfers of value are reasonable and consistent with fair market value in the relevant jurisdiction.

(Effective as of the date of last signature)

Al firmar debajo, la Institución y el Investigador reconocen y aceptan que la compensación recibida en virtud de esta Carta no excede el valor justo de mercado de las actividades que la Institución y/o el Investigador realizaron, y que no se le proporcionan pagos a la Institución ni al Investigador con el fin de inducir a la Institución o al Investigador a comprar o recetar fármacos, dispositivos o productos. El Investigador acepta no facturar a ningún paciente, compañía de seguros ni agencia gubernamental ningún artículo, visita, servicio o gasto proporcionado o pagado por el Patrocinador. Asimismo, el Investigador acepta que la Institución y el Investigador no proporcionarán dinero ni artículos de valor a ningún funcionario o representante del gobierno con el fin de influenciar de manera indebida en las acciones gubernamentales.

El Investigador se asegurará de que se implementen los controles financieros y de que los pagos y las transferencias de valor sean razonables y coherentes con el valor justo de mercado en la jurisdicción pertinente.

(Effective as of the date of last signature)



2. **IMPÚTASE** el ingreso al Subtítulo 1 Ítem 1,3. Del presupuesto Universitario Vigente.
3. **REMÍTASE** a la Oficina de Partes para su archivo y distribución.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y REGISTRESE

PROF. DRA. ULRIKE KEMMERLING WEIS
VICEDECANA (S)

PROF. DR. MIGUEL O'RYAN GALLARDO
DECANO