1. **DATOS GENERALES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha** |  |
| **Nombre del proyecto** |  |
| **Estado de la iniciativa o proyecto** | Idea [ ]  En implementación [ ]  Implementado [ ]  |

1. **DATOS DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre completo** |  |
| **RUT** |  |
| **Profesión** |  |
| **Teléfono de contacto** |  |
| **Correo de contacto** |  |
| **Estamento**  | Profesional [ ]  Técnico [ ]  Auxiliar [ ] Administrativo [ ]  Ley Médica [ ]  |
| **Centro de Responsabilidad (CR)** |  |
| **Centro de costo (CC)** |  |
| **Nombre Jefatura** |  |

1. **ANTECEDENTES DEL PROYECTO**

|  |
| --- |
| 1. **CONTEXTO GENERAL**
 |
| **Explica la situación o problema particular que lleva a desarrollar la iniciativa o actividad. Realiza una breve exposición de causas y efectos del problema, con antecedentes cuantitativos o cualitativos.** (máximo 300 palabras). |  |
| **Explique en qué consiste su proyecto de innovación, principales objetivos, metodología (si aplica) y solución** (máximo 300 palabras). |  |
| **Explique cómo su proyecto de innovación impactará en su Servicio/Unidad o en el Hospital San Juan de Dios** (máximo 300 palabras). |  |
| **Explique cómo se beneficiará la comunidad (pacientes, familiares, funcionarios, otros) de su proyecto de innovación** (máximo 300 palabras). |  |
| **Describa los recursos humanos y materiales que requerirá para llevar a cabo su proyecto de innovación** (máximo 300 palabras). |  |

1. **ANTECEDENTES QUE DEBE ADJUNTAR EL SOLICITANTE**

|  |
| --- |
| 1. **FACTIBILIDAD DE JEFATURA**
2. **EQUIPO DE TRABAJO**

**Descargar anexos en la web del comité de innovación:** <http://www.hsjd.cl/web/comite-de-innovacion/> |