1. **ANTECEDENTES GENERALES DEL PROYECTO DE INNOVACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre proyecto** |  |
| **Resolución Exenta** |  |
| **Tipo de proyecto** |  |
| **Funcionario Responsable** |  |
| **Servicio Clínico** |  |
| **Fecha de supervisión** |  |

1. **REPORTE DEL EQUIPO DE TRABAJO**

**Nombre y cargo de quien reporta:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor, a continuación, escriba todos los nombres y profesiones de los integrantes del proyecto de innovación reportados por el funcionario entrevistado.**

**a.**

**b.**

**c.**

**d.**

1. **AVANCES DEL PROYECTO DE INNOVACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| **FASE 1: Inicio del proyecto** |  |
| **FASE 2: Planificación del proyecto** |  |
| **FASE 3: Ejecución del proyecto** |  |
| **FASE 4: Supervisión del proyecto** |  |
| **FASE 5: Cierre del proyecto** |  |

1. **OBSERVACIONES**

|  |
| --- |
|  |

1. **FIRMAS**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADO**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR**

**FECHA:**