**FORMULARIO CONSULTAS**

1. IDENTIFICACIÓN PROFESIONAL

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE** |  |
| **SERVICIO DE SALUD / ESTABLECIMIENTO** |  |
| **DEPARTAMENTO** |  |
| **CARGO** |  |
| **EXPERIENCIA (AÑOS)** |  |
| **NUMERO DE CONTACTO** |  |
| **CORREO DE CONTACTO** |  |

1. FECHA DE PARTICIPACIÓN

|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA DE VISUALIZACIÓN DE VIDEO** |  |
| **FECHA DE ENVÍO DE FORMULARIO** |  |

1. ASPECTOS TÉCNICOS DE LA PRESENTACIÓN.

Para contestar las siguientes preguntas, se solicita por favor utilizar la siguiente numeración asociada al formato de anexo 1.

|  |
| --- |
| **Tipos de Iniciativa:**  1. Reposición de Equipos médicos  2. Adquisición de Equipos médicos  3. Reposición de vehículos. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Numero de ítem**   1. IDENTIFICACIÓN O NOMBRE DE LA ACCIÓN 2. LOCALIZACIÓN 3. DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN    1. Descripción del proyecto    2. Descripción del activo no financiero    3. Descripciones técnicas 4. JUSTIFICACIÓN    1. Diagnóstico de la situación actual    2. Definición del problema    3. Cartera de prestaciones | * 1. Catastro actualizado y gastos de operación   2. Análisis de producción   3. Recurso Humano   4. Infraestructura \* (solo equipos con instalación)  1. ALTERNATIVAS ESTUDIADAS    1. Alternativa 1    2. Alternativa 2    3. Alternativa 3       1. Cálculo de indicadores de rentabilidad (VAC y CAE) 2. ALTERNATIVA SELECCIONADA |

* 1. Indicar según su experiencia en la elaboración de proyectos, cuales fueron los aspectos específicos, que esta capacitación le permitió aclarar o conocer.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TIPO DE INICIATIVA | N° ÍTEM | COMENTARIO |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Indicar según su experiencia en la elaboración de proyectos, en caso de realizar una segunda jornada, cuáles serían los aspectos específicos, que le gustaría conocer con mayor detalle.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TIPO DE INICIATIVA | N° ÍTEM | COMENTARIO |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. INDICAR QUE TIPO DE INICIATIVAS ELABORA FRECUENTEMENTE Y LA CANTIDAD ESTIMADA.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tipo de Iniciativa | ¿Elabora? | | Cantidad estimada anual |
| SI | NO |
| Reposición de Equipos médicos |  |  |  |
| Adquisición de Equipos médicos |  |  |  |
| Reposición de vehículos |  |  |  |

1. DUDAS O CONSULTAS

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |