**1.- Identificación de la iniciativa.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre** |  |
| **Área temática** (marcar con una X, puede ser más de uno) | **Prevención en Salud** |  |
| **Promoción de la Salud** |  |
| **Participación Ciudadana** |  |
| **Datos de la organización o persona responsable de la formulación de la Iniciativa** (Nombre, dirección, número telefónico y correo electrónico de contacto) |  |
| **Institución(es) que participan en la ejecución de la iniciativa**  |  |

**2.- Justificación**

|  |  |
| --- | --- |
| **Identificación del Problema**(Describir la situación que motiva la iniciativa, cuál es la situación actual, aquella que queremos transformar y que motiva la idea)  |  |

**3.- Descripción de la iniciativa.**

Los objetivos deben formularse como acciones (verbos). Por ejemplo: potenciar, fortalecer, difundir, ampliar, etc.

|  |  |
| --- | --- |
| **Objetivo General** (El objetivo mayor de la iniciativa) (recuerden que solo es un verbo por objetivo, este debe ser medible y viable). |  |
| **Objetivos Específicos** (deben hacer que el objetivo general se cumpla. Deben ser a lo menos 3, entendiendo que todos los objetivos específicos cumplidos tributan al objetivo general) |  |
| **Beneficiarios Directos e indirectos** (Quiénes y estimando cuántos)  |  |
| **Actividades y costos asociados.** (Constituyen el nivel más práctico y hacen que los objetivos específicos se cumplan).Cada actividad debe indicar el gasto aproximado que implica realizarla) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Actividad** | **Gasto asociado para su cumplimiento** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

 |
| **Descripción metodológica de las actividades Carta gantt** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Actividad** | **Breve descripción metodológica** | **Mes de ejecución**  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 |
| **Aporte SSMaule ($)** |  |
| **Impacto que tendrá la implementación de la iniciativa comunitaria postulada, en el corto y largo plazo, para la comunidad que habita.** **(Indicar, por ejemplo, las capacidades que quedarán asentadas en la comunidad que participe de la iniciativa).** |  |
| **Aporte Otras Instituciones ($)** Recursos propios de la organización, espacios para la realización de las actividades, trabajo de colaboradores externos a la organización, etc. |  |
| **Costo Total de la iniciativa ($)** |  |
| **Período de Ejecución*** **Inicio**
* **Termino**

(Plazo máximo de ejecución noviembre 2025). |  |
| **Verificadores de Ejecución.** (Medios por los cuales se comprobará la ejecución de las acciones comprometidas. Pueden ser fotos, actas, capsulas, listas de asistencia, otros). |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Nombre y Firma****Representante de organización****Que propone la iniciativa** | **Nombre y Firma****del funcionario en el hospital que revisó la iniciativa** |