



**FICHA PROYECTOS PRESUPUESTARIOS PARTICIPATIVOS
HOSPITALES FAMILIARES Y COMUNITARIOS; CAVRR SERVICIO
DE SALUD BIOBÍO 2023**

1.- IDENTIFICACION DEL PROYECTO

Nombre del Proyecto	Pasantía "Hospital de Traiguén"	
Área Temática (marcar con una x)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Adultos Mayores <input type="checkbox"/> ➤ Prácticas de salud Complementarias <input checked="" type="checkbox"/> ➤ Alimentación saludable y autocuidado en salud (Huertos comunitarios) <input type="checkbox"/> ➤ Practica Comunitaria <input checked="" type="checkbox"/> 	
Nombre, Dirección, Número teléfono de contacto y email del responsable (coordinador de la formulación del proyecto)	Leonardo Ramiro Reyes Avda Julio Hemmelmann 711 43 332972 Leoramiro6@gmail.com	
Institución (es) que participan en la ejecución del Proyecto. (intersector)	Consejo de Desarrollo / Hospital de Nacimiento	
	Hospital de Traiguén / CDH Traiguén	

2.- JUSTIFICACIÓN

Identificación del problema	El Consejo de Desarrollo no ha tenido la oportunidad de conocer la realidad comunitaria de otro Hospital, por lo que este proyecto busca responder a ello.
------------------------------------	--

Objetivo General	Conocer por parte del Consejo de Desarrollo la realidad comunitaria del Hospital de Traiguén.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none">• Invitar a participantes del Consejo de Desarrollo.• Lograr un espacio de conversación e intercambio de experiencias.
Metas	Conocer cómo trabaja el área comunitaria en otra realidad.
Beneficiarios Directos (quiénes y cuántos)	Integrantes del consejo de desarrollo. 10
Beneficiarios Indirectos	10.000
Actividades:	Traslado en transporte adecuado. Llegada y exposición del CDH Nacimiento. Exposición CDH Traiguén. Visita guiada al Hospital. Intercambio de impresiones.

	Almuerzo de camaradería CDH Nacimiento.
Costo Total (\$)	\$
Aporte MINSAL (\$)	
Aporte otras instituciones (\$)	\$500.000.-
Detalle Presupuesto (Mencionar los recursos que se adquieren con el recurso financiero)	\$ 250.000 Transporte \$ 250.000 Alimentación

3.- DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Periodo de ejecución - Fecha Inicio - Fecha término	Viernes 24 de Noviembre
Verificadores	Lista asistencia Fotos

4. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ADJUNTE CRONOGRAMA ACTIVIDADES

Actividades	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
								x	

Nombre/Apellidos: Leonardo A. Ramiro Reyes
 Coordinador de la formulación – ejecución del proyecto

Nombre/Apellidos: Cecilia Mardones Rocha
 Representante de la comunidad

CONSEJO DE DESARROLLO
 HOSPITALARIO
 Pers. Juridica N° 2698
 28/08/2007 Nacimiento

Firmantes/Timbres

Fecha de entrega: ___/___/___