



FORMATO

Numero de documento:
GAV-FOR-DNP-01-01

Versión:
02

Numero de hojas:
Página 1 de 2

Título:

ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD DE PROYECTO

DATOS GENERALES

Nombre del cliente:	
Dirección:	
Teléfonos:	Fax:
Correo electrónico:	

LIDERES DE OPINIÓN

Nombre	Cargo	Número de contacto

PERFIL DEL CLIENTE

Privado	Descentralizado	IMSS	ISSSTE	SSA	Distribuidor	Otro
---------	-----------------	------	--------	-----	--------------	------

No. de camas		Porcentaje de ocupación	
No. de admisiones/día		No. de altas / día	
No. de camas en UTI		Unidad Coronaria	
No. de camas en Hospitalización		Urgencias	

SERVICIOS

Urgencias	UTI	Pediatría	Gineco-Obstetricia
Áreas Quirúrgicas	Laboratorio	UTQ	Unidad coronaria
Hospitalización	Terapia intermedia	Hemodinamia	Unidad de Trasplante
Hemodiálisis	Neonatología	Medicina Interna	Oncología

SOLICITUD DE PROPUESTA DE NUEVO PROYECTO

Hospital	Área comercial	Integradores	Innovación	Otros:
----------	----------------	--------------	------------	--------

TIPO DE PROYECTO

Nuevo producto	Sustitución de componentes	Cambio de factor de empaque	Cambio de materiales	Cambio de componentes	Licitaciones
----------------	----------------------------	-----------------------------	----------------------	-----------------------	--------------

PROYECTO PROPUESTO

Folio	Clave	Nombre	Consumo mensual probable	Rentabilidad del proyecto	Servicios de implementación

CONTENIDO DEL PRODUCTO REQUERIDO

Cantidad requerida de insumos	Descripción de los insumos	Secuencia de ensamble sugerida por el cliente	Marca requerida

Presentación del equipo:

Especificaciones del etiquetado si así es requerido:

Elaboró:

(Nombre completo y firma)

Elaboró:

(Nombre completo y firma)