



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

