Formulario de Proyecto: Innovación

SCHOT 2025

# ****ASPECTOS GENERALES****

## TÍTULO DEL PROYECTO:

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | meses**[[1]](#footnote-1)** |

**Duración del proyecto**:

## CLASIFICACIÓN EN ÁREAS:

|  |  |
| --- | --- |
| Dispositivo |  |
| Implemento |  |
| Producto |  |
| Tecnología |  |
| Técnica |  |
| Material educativo |  |
| Otras |  |

*Autoclasificación:**Señale con una X en el casillero en blanco que corresponda investigación.*

## INSTITUCIÓN BENEFICIARIA:

|  |  |
| --- | --- |
| Institución Beneficiaria |  |
| RUT |  |
| Dirección |  |
| Ciudad |  |
| Mail |  |
| Teléfono |  |
| Nombre Representante Legal |  |
| Firma Representante Legal |  |

*En caso de ser más de una institución beneficiaria, copiar y pegar el cuadro anterior.*

## DELEGADO RESPONSABLE

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo |  |
| RUT |  |
| Dirección |  |
| Ciudad |  |
| Mail |  |
| Teléfono |  |
| Firma |  |

## EQUIPO

|  |  |
| --- | --- |
| Investigador |  |
| RUT |  |
| Dirección |  |
| Ciudad |  |
| Mail |  |
| Teléfono |  |
| Firma |  |

*Copie este cuadro las veces que sea necesaria para agregar a todo el equipo*

# ****DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO****

## Antecedentes y justificación del proyecto:

¿Cuál es la motivación que incentiva esta innovación? ¿Qué generó la necesidad de desarrollar este proyecto? ¿Cuál es su relevancia y qué aporta?

Máximo 1 página (45 líneas) con letra no menor de 11.

|  |
| --- |
|  |

## Objetivos del proyecto:

Objetivo general y objetivos específicos (no más de 5)

|  |
| --- |
|  |

## Metodología

### ¿Cómo pretende desarrollar este proyecto? Incluya plazos estimados para cada etapa de desarrollo.

Máximo 1 página (45 líneas) con letra no menor a 11.

|  |
| --- |
|  |

### ¿Tiene este proyecto alguna posibilidad de comercializarse? De ser así, describa cómo visualiza usted el desarrollo comercial del producto, plazos para esto y si hay terceros involucrados.

Máximo 1 página (45 líneas) con letra no menor a 11.

|  |
| --- |
|  |

## Institución(es) participante(s) (cuando corresponda)

Señale si participarán instituciones patrocinantes y asociadas, cuáles y en qué calidad (aporte al financiamiento, aporte en personal, campo clínico, apoyo técnico, etc.).

En la segunda fase se exigirá el respaldo por escrito de dichas instituciones.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de la Institución** | **Calidad en la que participa** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

## Costos del Proyecto

Desglose someramente los fondos solicitados

|  |  |
| --- | --- |
| **GLOSA** | **TOTAL** |
| Personal (honorarios, subcontratos) |  |
| Gastos de Operación |  |
| Bienes de capital |  |
| **TOTAL SOLICITADO** |  |

*\*Agregue las líneas que considere necesario para detallar los costos.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FUENTE DE FINANCIAMIENTO** | | **TOTAL** |
| **SCHOT** | **OTROS APORTES** |
| $ | $ | $ |

## Experiencia y Formación del DELEGADO principal y del equipo

Resuma brevemente la formación y experiencia de todo el equipo (médico, metodólogo, psicólogo, tecnólogo y cualquier especialista que sea clave en la obtención de resultados con la calidad esperada).

Indique el tamaño estimado del equipo que realizará el proyecto (suma de profesionales, técnicos, administrativos, etc.).

|  |  |
| --- | --- |
| **Delegado Principal:** | |
| **Equipo Investigador:** | |
| **Coinvestigadores no traumatólogos:** | |
| **Alumnos de medicina**: | |
| **Nº total miembros del equipo:** |  |

1. **1.** Máximo 12 meses [↑](#footnote-ref-1)