|  |  |
| --- | --- |
| **ANEXO N° 02** | |
| **FORMULARIO DE INFORME DE BUENAS PRÁCTICAS ÉTICAS** | |
| **CONCURSO DE BUENAS PRÁCTICAS ÉTICAS EN EL MINISTERIO DE SALUD - 2019** | |
|  |  |
| **Indicaciones:** | |
| 1.     Llenar el formulario, cuya extensión no podrá superar las 5 (cinco) hojas tamaño A4 como máximo, letra Arial 12 a espacio simple. | |
| 2.     Cada postulante podrá presentar máximo dos buenas prácticas y se considerarán para la premiación a los servidores civiles. | |
| **I. DATOS DE LA ENTIDAD QUE PARTICIPA** | |
| **Nombre de la unidad orgánica, órgano desconcentrado u organismo público adscrito** |  |
| **Fecha de implementación de la práctica** |  |
| **Dirección** |  |
|  |  |
| **II. DATOS DE LA BUENA PRÁCTICA** | |
| **Nombre de la buena práctica** |  |
| **Categoría a la que postula** |  |
| **¿En qué consiste la práctica?** | |
|
|
|
| **¿Cuál fue el problema o situación previa a la implementación de la práctica? (incluir cifras o porcentajes).** | |
|
|
|
|
| **¿Cuáles fueron los resultados obtenidos con la implementación de la práctica? (Incluir cifras o porcentajes).** | |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
| **¿A quién se benefició directamente con la práctica? ¿Hubo beneficiarios indirectos? Especificar quiénes, cuántos son y si incluye grupos vulnerables.** | |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|