

Formulario de Solicitud de Grants – Infraestructura

Este formulario deberá ser completado por la entidad solicitante en computador. No se recibirán formularios diligenciados a mano.

! Datos a diligenciar por el solicitante

DATOS DE LA INSTITUCION Y REPRESENTANTE	
Nombre de la Institución	
Carácter de la institución	<input type="checkbox"/> Pública
	<input type="checkbox"/> Privada
NIT o RUC	
Tipo de institución	<input type="checkbox"/> Institución Prestadora Servicios Salud - IPS
	<input type="checkbox"/> Institución Académica
	<input type="checkbox"/> Asociación de Pacientes
	<input type="checkbox"/> Asociación de Profesionales
	<input type="checkbox"/> Otro tipo de Institucion relacionada con cuidado de salud: Especifique: _____
Nombre del Representante Legal	
Cargo del Representante Legal	
Miembros de la Junta Directiva <i>Mencione los nombres de los miembros de la junta directiva de la asociación</i>	
Datos de contacto <i>País, dirección, teléfono, móvil, correo electrónico.</i>	
DATOS DE LA SOLICITUD	
Describir de una manera clara y completa el proyecto y/o actividad	
Título del proyecto o actividad	

Resumen ejecutivo del proyecto o actividad. <i>Detallar las fechas de inicio y terminación, justificación y propósito general.</i>																		
Objetivos del proyecto o actividad <i>Detalle el objetivo general y los objetivos específicos de su proyecto o actividad.</i>	Objetivo General <ul style="list-style-type: none"> • _____ Obejtivos Específicos <ul style="list-style-type: none"> • _____ • _____ 																	
Participantes o población impactada <i>Detalle el número y tipo de personas beneficiadas de la actividad o proyecto</i>																		
Descripción del Equipo o mejora locativa <i>Detalle de manera clara y completa cada uno de los apartados según se requiera</i>																		
Necesidad del equipo o mejora locativa <i>Identifique claramente cuáles son las necesidades insatisfechas por la ausencia del equipo o mejora locativa y cual será el impacto en el paciente</i>																		
Equipo(s) solicitado(s) <i>Describa los requerimientos técnicos del equipo o los equipos solicitados.</i>																		
Descripción del presupuesto <i>Detalle el costo unitario y el costo total del equipo o los equipos</i>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Referencia</th> <th style="width: 33%;">Valor unitario</th> <th style="width: 33%;">Valor total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			Referencia	Valor unitario	Valor total												
Referencia	Valor unitario	Valor total																

Tipo de apoyo <i>Describe si solicita el apoyo en dinero o en especie (requiere que el equipo sea comprado por Novartis y entregado a su institución).</i>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">Tipo de apoyo</th> </tr> <tr> <td style="width: 60%;">Dinero para adquirir el equipo</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Especie (equipo entregado en la institucion)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Nota: <u>Debe adjuntar la cotización de los equipos solicitados,</u> garantizando que la cotización descrita o adjunta es la que cumple con la mejor propuesta en cuanto a precio, calidad, y garantía para satisfacer la necesidad identificada.</p>			Tipo de apoyo		Dinero para adquirir el equipo	<input type="checkbox"/>	Especie (equipo entregado en la institucion)	<input type="checkbox"/>
Tipo de apoyo									
Dinero para adquirir el equipo	<input type="checkbox"/>								
Especie (equipo entregado en la institucion)	<input type="checkbox"/>								
Valor solicitado a Novartis <i>Monto solicitado a Novartis para soportar el proyecto</i>									
Justificación (solo para los casos donde se presente una solicitud adicional en un periodo menor de 12 meses)									
DATOS DE CONTACTO PARA EVALUACIÓN Y MONITOREO									
<i>Detalles de datos Contacto principal y alterno</i>									
Contacto Principal	Nombre: _____ Cargo: _____ Teléfono: _____ Celular: _____								
Contacto Secundario	Nombre: _____ Cargo: _____ Teléfono: _____ Celular: _____								
DATOS DEL SOLICITANTE									
Datos del responsable del diligenciamiento	Nombre: _____ Cargo: _____ Fecha: _____								

II Datos para ser diligenciados por el responsable de Novartis.

REQUISITOS GENERALES DE GRANTS

La solicitud cumple los requerimientos generales de la política de grants, donaciones, patrocinios y otros acuerdos de financiación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
CRITERIOS ESPECÍFICOS DE APROBACION Grant Infraestructura	
Requisitos de la solicitud <i>Marque con una X si su solicitud está alineada y cumple con los siguientes requisitos.</i>	<input type="checkbox"/> El dinero o equipo proporciona un beneficio directo en la atención del paciente. <input type="checkbox"/> No es entregado para generar un beneficio comercial o producir ingresos para el beneficiario. <input type="checkbox"/> Su uso no está limitado a los productos de Novartis. <input type="checkbox"/> Satisface una necesidad insatisfecha identificada o la ausencia de sistemas o servicios comunitarios de salud
Monto de la solicitud	Valor total de la actividad: _____ Valor solicitado a Novartis: _____ Valor a aprobar por Novartis _____
Existe presupuesto en el centro de costos de Asuntos Públicos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Otros montos otorgados en los últimos 12 meses	Fecha: _____ Descripción del grant: _____ Monto otorgado: _____ En caso de grants anteriores, la gestión de los mismos y el informe ha sido entregado acorde con los lineamientos de Novartis: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Firma del responsable de Novartis	

--	--