

Formulario de Solicitud de Grants Políticas de salud y otras investigaciones

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 de investigación	
Título del proyecto o	

actividad de investigación										
Resumen ejecutivo del proyecto o actividad. <i>Detallar las fechas de inicio y terminación, justificación y propósito general.</i>										
Productos involucrados en la investigación <i>Describa el nombre el /os productos farmacéuticos que estarán en el marco de la investigación</i>										
Objetivos del proyecto o actividad <i>Detalle entre objetivo general y los objetivos específicos de su proyecto o actividad.</i>	<p>Objetivo General</p> <ul style="list-style-type: none"> _____ <p>Obejtivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> _____ _____ 									
Participantes o población involucradas <i>Detalle el número y tipo de personas involucradas en la actividad o proyecto de investigación</i>										
Protocolo de investigación <i>Anexe el protocolo de investigación desarrollado por la institución.</i>	Nota: Debe anexar el protocolo de la investigacion									
CRONOGRAMA y PRESUPUESTO Detalle cada una de las actividades, fechas y costo asociados										
Fechas o periodos de ejecución. <i>Detalle el cronograma de las actividades planeadas con la descripción de cada una de ellas.</i>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Actividad</th> <th>Descripción y lugar</th> <th>Día/ Mes/ Duración</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Actividad	Descripción y lugar	Día/ Mes/ Duración						
Actividad	Descripción y lugar	Día/ Mes/ Duración								
Descripción del presupuesto Total	<table border="1"> <thead> <tr> <th> </th> <th>Descripción</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		Descripción	Valor						
	Descripción	Valor								

Impacto en la comunidad <i>Detalle cómo su proyecto o actividad de investigación impactará de manera positiva a la comunidad con la que trabaja.</i>				
DATOS DE CONTACTO PARA EVALUACIÓN Y MONITOREO Detalles de datos Contacto principal y alterno				
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 DE APROBACIÓN Grant de políticas de salud y otras investigaciones	
Requisitos de la solicitud <i>Marque con una X si su solicitud está alineada y cumple con los siguientes requisitos.</i>	<input type="checkbox"/> Novartis no obtendrá la titularidad sobre los derechos de propiedad intelectual de la Investigación. <input type="checkbox"/> Novartis no tendrá <u>acceso exclusivo</u> a los datos de investigación. <input type="checkbox"/> La investigación está específica e identificada de manera clara en la documentación (protocolo, presupuesto, etc), sin que Novartis

	haya hecho comentarios o haya aprobado previamente.
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 Publicos	<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
Aprobación por parte del equipo de Quality Affairs	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No NOTA: Adjuntar soporte de aprobación
Firma del responsable de Novartis	