

Formulario de Solicitud Donaciones de producto

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"/> Relacionada con el cuidado de salud: <i>Describa que clase de institución es</i> _____
	<input type="checkbox"/> No relacionada con el cuidado de salud <i>Describa que clase de institución es</i> _____
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 institución</i>	
Datos de contacto <i>País, dirección, teléfono, móvil, correo electrónico.</i>	

Medicamentos solicitados a Novartis <i>Detalle el tipo y cantidad de medicinas que solicita a Novartis para la realización de su proyecto.</i>																									
Justificación (solo para los casos donde se presente una solicitud adicional en un periodo menor de 12 meses)																									
INDICADORES ¿Cómo medirá los resultados del proyecto?																									
¿Cómo medirá los resultados del proyecto? <i>Detalle los indicadores de gestión y el resultado esperado del proyecto.</i>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Indicador</th> <th style="width: 45%;">Descripción</th> <th style="width: 30%;">Resultado esperado</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> <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>	Indicador	Descripción	Resultado esperado																					
Indicador	Descripción	Resultado esperado																							
Impacto en la comunidad <i>Detalle cómo su proyecto impactará de manera positiva a la comunidad beneficiada</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.

CRITERIOS ESPECÍFICOS DE APROBACIÓN	
Donaciones para instituciones <u>SI</u> relacionadas con cuidado de salud	
Requisitos de la Solicitud <i>Marque con una X si la solicitud cumple con los siguientes requisitos</i>	<input type="checkbox"/> Los fondos destinados a la organización tienen un propósito altruista. <input type="checkbox"/> Es un beneficio para proporcionar una mejora a la comunidad o atención en salud en general. <input type="checkbox"/> Novartis no recibirá ningún beneficio tangible o servicio a cambio. Las circunstancias de la donación propuesta no están asociadas con o intentan influir en negocios pasados, actuales o potenciales de Novartis con clientes
CRITERIOS ESPECÍFICOS DE APROBACIÓN	
Donaciones para instituciones <u>NO</u> relacionadas con cuidado de salud	
Requisitos de la Solicitud <i>Marque con una X si la solicitud cumple con los siguientes requisitos</i>	<input type="checkbox"/> Importancia social: El tema es relevante para la sociedad o para ciertos grupos dentro de la sociedad. <input type="checkbox"/> Calidad de los destinatarios: El receptor es una institución o compañía acreditada, no relacionada con el cuidado de la salud. Los responsables son experimentados y están debidamente capacitados y se deberá garantizar la transparencia total. <input type="checkbox"/> Efectividad del proyecto: Hay un valor agregado claro y medible (Indicadores Clave de Desempeño [ICD] definidos para el proyecto). <input type="checkbox"/> Sostenibilidad: El proyecto tiene la posibilidad de continuar desarrollándose de manera satisfactoria cuando concluya el Patrocinio
Criterios de negación de la Solicitud <i>Marque con una X si su solicitud incluye alguno de los siguientes criterios*.</i>	<input type="checkbox"/> Áreas en conflicto con la misión y los valores de Novartis: Por ejemplo, con relación a los productos que pueden dañar la salud, tales como el alcohol y el tabaco. <input type="checkbox"/> De naturaleza comercial: Destinado a organizadores de eventos/proveedores con fines de lucro, o actividades

	<p>promocionales y de marketing de productos.</p> <p><input type="checkbox"/> El beneficiario es una persona natural.</p> <p><input type="checkbox"/> El beneficiario es una institucion gubernamental.</p>
Detalle de Medicamentos solicitados	<p>Medicamentos solicitados:</p> <p>Medicamentos a Aprobar:</p>
Existe presupuesto en el centro de costos de Asuntos Públicos	<p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>
Otros montos otorgados en los últimos 12 meses	<p>Fecha: _____</p> <p>Descripcion del grant o donación: _____</p> <p>Monto otorgado: _____</p> <p>En caso de grants o donaciones anteriores, la gestion de los mismos y el informe ha sido entregado acorde con los lineamientos de Novartis:</p> <p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>
Firma del responsable de Novartis	