

## Formulario de Solicitud Donaciones Entidades Relacionadas y No Relacionadas con la Salud

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

*/ Datos a diligenciar por el solicitante*

<b>DATOS DE LA INSTITUCION Y REPRESENTANTE</b>	
<b>Nombre de la Institución</b>	
<b>Carácter de la institución</b>	<input type="checkbox"/> <b>Pública</b>
	<input type="checkbox"/> <b>Privada</b>
<b>NIT o RUC</b>	
<b>Tipo de institución</b>	<input type="checkbox"/> <b>Relacionada con el cuidado de salud:</b> <i>Describe que clase de institución es</i> <hr style="width: 60%; margin: 5px 0;"/> <input type="checkbox"/> <b>No relacionada con el cuidado de salud</b> <i>Describe que clase de institución es</i> <hr style="width: 60%; margin: 5px 0;"/>
<b>Nombre del Representante Legal</b>	
<b>Cargo del Representante Legal</b>	
<b>Miembros de la Junta Directiva</b> <i>Mencione los nombres de los miembros de la junta directiva de la institución</i>	





<i>gestión y el resultado esperado del proyecto.</i> .	<table border="1" style="width: 100%; height: 150px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></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> </table>																					
<b>Impacto en la comunidad</b> <i>Detalle cómo su proyecto impactará de manera positiva a la comunidad beneficiada</i>																						
<b>DATOS DE CONTACTO PARA EVALUACIÓN Y MONITOREO</b> Detalles de datos Contacto principal y alterno																						
<b>Contacto Principal</b>	<b>Nombre:</b> _____ <b>Cargo:</b> _____ <b>Teléfono:</b> _____ <b>Celular:</b> _____																					
<b>Contacto Secundario</b>	<b>Nombre:</b> _____ <b>Cargo:</b> _____ <b>Teléfono:</b> _____ <b>Celular:</b> _____																					
<b>DATOS DEL SOLICITANTE</b>																						
<b>Datos del responsable del diligenciamiento</b>	<b>Nombre:</b> _____ <b>Cargo:</b> _____ <b>Fecha:</b> _____																					

*Il Datos para ser diligenciados por el responsable de Novartis.*

<b>CRITERIOS ESPECÍFICOS DE APROBACIÓN</b> <b>Donaciones para instituciones SI relacionadas con cuidado de salud</b>	
<b>Requisitos de la Solicitud</b> <i>Marque con una X si la solicitud cumple con los</i>	<input type="checkbox"/> Los fondos destinados a la organización tienen un proposito altruista.

<i>siguientes requisitos</i>	<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
<b>CRITERIOS ESPECÍFICOS DE APROBACIÓN</b>	
<b>Donaciones para instituciones <u>NO</u> relacionadas con cuidado de salud</b>	
<b>Requisitos de la Solicitud</b> <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
<b>Criterios de negación de la Solicitud</b> <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 promocionales y de marketing de productos.  <input type="checkbox"/> El beneficiario es una persona natural.  <input type="checkbox"/> El beneficiario es una institución gubernamental.
<b>Monto</b>	Valor total de la actividad: _____  Valor solicitado a Novartis: _____  Valor a aprobar por Novartis _____
<b>Existe presupuesto en el centro de costos de Asuntos Públicos</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

<b>Otros montos otorgados en los últimos 12 meses</b>	Fecha: _____ Descripcion del grant: _____ Monto otorgado: _____ En caso de grants anteriores, la gestion de los mismos y el informe ha sido entregado acorde con los lineamientos der Novartis: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Firma del responsable de Novartis</b>	