

Formulario de solicitud de Grants Asociaciones de Pacientes

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 entre 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 beneficiaria <i>Detalle el número y tipo de personas beneficiadas de la actividad o proyecto</i>																											
CRONOGRAMA y PRESUPUESTO Detalle cada una de las actividades, fechas y costo asociados.																											
Fechas o periodos de ejecución. <i>Detalle las actividades planeadas con la descripción de cada una de ellas , el lugar y la fecha de implementación.</i>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Actividad</th> <th style="width: 45%;">Descripción y lugar</th> <th style="width: 30%;">Día/ Mes/ Duración</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>			Actividad	Descripción y lugar	Día/ Mes/ Duración																					
Actividad	Descripción y lugar	Día/ Mes/ Duración																									
Descripción del presupuesto Total <i>Detalle y describa el ítem o rubro</i>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Item o rubro</th> <th style="width: 45%;">Descripción</th> <th style="width: 30%;">Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>			Item o rubro	Descripción	Valor																					
Item o rubro	Descripción	Valor																									

<i>involucrado en el desarrollo de la actividad y su costo.</i>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 33%; height: 25px;"></td><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td></tr> <tr><td style="height: 25px;"></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 25px;"></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 25px;"></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 25px;"></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td style="text-align: left;">TOTAL</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>																TOTAL		
TOTAL																			
Financiamiento y aportantes <i>Detalle las empresas y/o entidades que le proporcionarán financiamiento a su proyecto</i>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Nombre de la compañía</th> <th style="width: 25%;">Sector</th> <th style="width: 25%;">%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="height: 25px;"></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 25px;"></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 25px;"></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 25px;"></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p style="margin-top: 10px;"> En los últimos 3 años ha recibido apoyo económico de instituciones <u>diferentes a Novartis</u> para el desarrollo de proyectos de la asociación? </p> <p> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No </p>	Nombre de la compañía	Sector	%															
Nombre de la compañía	Sector	%																	
Valor solicitado a Novartis <i>Monto solicitado a Novartis para soportar el proyecto</i>																			
Otras fuentes de financiamiento <i>Detalle las actividades adicionales de generación de recursos para su asociación</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>	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:		

Il Datos para ser diligenciados por el responsable de Novartis.

REQUERIMIENTOS 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 APROBACIÓN Grant Asociación de Pacientes	
Requisitos de la solicitud <i>Marque con una X si la solicitud cumple con los siguientes requisitos.</i>	<input type="checkbox"/> Las actividades están orientadas a la concientización y educación sobre el estado de la enfermedad y su tratamiento; el apoyo psico-social durante y después del diagnóstico o tratamiento; o la difusión de las políticas públicas de salud o economía de la salud que impacten en el bienestar de los pacientes. <input type="checkbox"/> La iniciativa NO está únicamente centrada en la concientización de los ensayos clínicos específicos de Novartis <input type="checkbox"/> La iniciativa está focalizada en el incremento del conocimiento y educación sobre ensayos clínicos en general <input type="checkbox"/> La solicitud cumple con los lineamientos de los Procedimientos de Implementación Global de NP4 para interacciones con Asociaciones de pacientes e interacción con pacientes <input type="checkbox"/> Ninguno de los miembros de la junta directiva de la asociación hace parte del equipo de aprobadores de la solicitud en Novartis
Montos 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: _____

	<p>Descripcion del grant: _____</p> <p>Monto otorgado: _____</p> <p>En caso de grants anteriores, la gestion de los mismos y el informe ha sido entregado acorde con los lineamientos der Novartis:</p> <p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>
Firma digital del Responsable de Novartis	