



**OLYMPUS CORPORATION OF THE AMERICAS
SUBVENCIONES PARA AMERICA LATINA
LISTA DE VERIFICACIÓN**

Estos documentos proveen la información y documentos necesarios para empezar el proceso de subvenciones para programas que tomen lugar en Norte, Centro y Sudamérica.

Revise la descripción de cada categoría y presione el botón para navegar directamente a cada lista

Registro

Los usuarios deben completar un registro de una sola vez para enviar solicitudes de subvenciones a nombre de su Organización.

Educación Médica

Educación Médica y de Microscopia

Conferencias educativas en vivo o talleres para profesionales de la salud o microscopios, programas educativos basados en la web y programas de educación del paciente, todos los cuales deben estar abiertos y publicitados a *participantes de múltiples instituciones*; también incluye *becas clínicas (conocidas como fellowships)* para profesionales de la salud coordinados por sociedades médicas

Defensa/ Abogacía

Cuidado al Paciente y Prevención

Cuidado del paciente sin costo, procedimientos y programas de detección gratuitos.



LISTA DE VERIFICACIÓN PARA INSCRIPCIÓN(REGISTRO)

Los artículos son necesarios a menos que se indique lo contrario

Campos de Información de la Organización	Descripción del campo u opciones disponibles para la selección
País	<i>Argentina, Belize, Bolivia, Brazil, Canada, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominican Republic, Ecuador, El Salvador, French Guiana, Guatemala, Guyana, Honduras, Mexico, Nicaragua, Panama, Paraguay, Peru, Puerto Rico, Suriname, United States, Uruguay, Venezuela, otros.</i>
Número de Identificación Tributaria	El número asignado a la Organización por la autoridad fiscal local. Para las organizaciones de EE. UU., El identificador de nueve dígitos asignado a su organización por el IRS.
Nombre Legal de la Organización	Ingrese el nombre legal de su organización tal como está registrado ante el gobierno federal de su país.
¿Es parte de una organización matriz más grande?	En caso afirmativo, Nombre Legal de la Organización Matriz, Dirección de la Organización, Identificación Tributaria es necesario. Capítulo / Sucursal / Departamento (si corresponde)
Tipo de Organización	<i>Hospital Académico / Docente, Institución Académica, Escuela de Medicina Acreditada, Organización Cívica, Hospital Comunitario, Organización Profesional de Atención Médica, Compañía de Educación Médica, Sociedad / Asociación Médica, Asociación Nacional / Regional, Organización de Defensa del Paciente, Hospital Privado, Hospital Público, Asociación Científica, Universidad / Facultad, Otro</i>
Situación Fiscal	<i>501c3, 501c6, Otra sin fines de lucro.</i> Para organizaciones ubicadas en Latinoamérica, seleccione "otra sin fines de lucro"
Descripción de la Organización	Declaración de la misión y / o descripción de la experiencia específica (límite 500)
Documento de la Autoridad Tributaria Competente	Cargar el Documento de la Autoridad Tributaria Competente
Documentos Estatutarios de la Organización	Para Organizaciones ubicadas en Latinoamérica, incluido Puerto Rico, cargue el Documento de gobierno, Estatutos o Carta de su organización.
Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal	<i>Organizaciones con múltiples departamentos o ubicaciones - La dirección debe reflejar su departamento/ubicación específicos. No se aceptan apartados postales. Si no existe un código postal en su país escriba "000"</i>
URL del Sitio Web (si corresponde)	
¿Está acreditada su organización?	Organizaciones ubicadas en Latinoamérica seleccionen "no"
How long has your organization been in business? (optional)	(años)

Campos de Información del Usuario	Descripción del campo u opciones disponibles para la selección
Correo Electrónico	Una dirección de correo electrónico puede estar asociada con una sola organización en el sistema. <i>La contraseña debe tener entre 8 y 12 caracteres</i>
Título, Nombre, Apellido, Función	

Teléfono Principal & Secundario(requerido), Fax (opcional)	Teléfono principal: número de teléfono para que llegue en horario de oficina; Teléfono secundario: un número alternativo que se utilizará en caso de que los intentos de usar el número principal no tengan éxito. Por favor incluya el código de país.
Nombre del Contacto Secundario & Correo (requerido), Teléfono (opcional)	Un contacto profesional alternativo para ser utilizado en asuntos urgentes si no puede ser contactado
Tiene la autoridad legal para firmar la carta de la acuerdo de Olympus (si el apoyo es otorgado)?	¿Está autorizado a firmar contratos legales en nombre de su organización? Si no, proporcione la información de contacto del firmante autorizado. Olympus contactará directamente a firmante autorizado en caso de que se otorgue el apoyo. Por favor, alerta al firmante que fue designado.
Compromiso de Cumplimiento Olympus	Los solicitantes deben revisar y aceptar todos los términos del Compromiso de Cumplimiento Olympus

Al hacer clic en **Proceder**, se enviará su inscripción. El solicitante recibirá confirmación en la pantalla y por correo electrónico. Si no recibe un correo electrónico de confirmación, póngase en contacto con grants-america@olympus.com o 484-896-3939



**LISTA DE VERIFICACIÓN PARA
SOLICITUD DE EDUCACION MEDICA**

Los artículos son necesarios a menos
que se indique lo contrario

Campos de Información General	Descripción del campo u opciones disponibles para la selección
País donde se lleva a cabo el programa	Seleccione el país donde tomara lugar el evento <i>Argentina, Belize, Bolivia, Brazil, Canada, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominican Republic, Ecuador, El Salvador, French Guiana, Guatemala, Guyana, Honduras, Mexico, Nicaragua, Panama, Paraguay, Peru, Puerto Rico, Suriname, United States, Uruguay, Venezuela.</i> Nota- si está buscando apoyo para equipos de gastroenterología en Chile, Colombia o Argentina por favor seleccione México para poder continuar,
Tipo de Programa	<i>Educación para Profesionales de la Salud, Educación para el Microscopista, Educacion de Paciente, Beca (Fellowship)</i>
Área Terapéutica	<i>Anestesiología, Bariatría, otorrinolaringología, gastroenterología, cirugía general, Ginecología, Microscopía, Neumología, Cirugía Torácica, Urología, Otros</i>
Estado de la enfermedad/tratamiento	Seleccione <i>[Área Terapéutica/- Otro</i>
Título del Programa	Título o nombre de su programa
Descripción del programa/actividad	Un resumen de alto nivel de su programa (hasta 1000 caracteres); la carta de solicitud formal debe adjuntarse más tarde, pero este campo es obligatorio y debe proporcionar una descripción concisa
Apoyo Solicitado de Olympus	<i>Financiero, Producto - Olympus;</i> (seleccione todos los que aplican) La solicitud financiera y del producto debe enviarse en una sola aplicación. El apoyo de producto solo está disponible para México, Brasil y Puerto Rico. Junto con el apoyo de productos a corto plazo para los programas de Gastroenterología disponibles en Chile, Colombia y Argentina.
Fecha para la que se requiere una decisión sobre la subvención	El proceso puede tardar hasta 60 días por eso, esta fecha debe ser al menos 60 días a partir de la de hoy y debe ser en o antes de la fecha de inicio de la primera actividad del programa
Cantidad Solicitada a Olympus	Cantidad Solicitada a Olympus en Dólares Estadounidenses(USD); Escriba "0" si no solicita apoyo financiero.
Costos Totales del Programa	Este valor debe reflejar todos los gastos previstos para el programa en general, no se limita a la porción/ sesiones del programa para cual se solicitó el apoyo de Olympus. (DÓLAR ESTADOUNIDENSE)
Se busca apoyo financiero de otras fuentes para este programa?	Si la respuesta es "si", escriba las otras Fuentes de apoyo
Nombre de la institución financiera de la Organización donde se depositarían los fondos provenientes de Olympus.	Nombre completo del banco donde se depositarían los fondos si el apoyo es aprobado

¿Cuáles de los siguientes describen mejor cómo se depositaría la ayuda financiera proporcionada por Olympus?	<p>Seleccione la opción apropiada:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Fondos depositados en la cuenta bancaria general de la organización -Fondos depositados en la cuenta bancaria de la organización designada especialidad para fondos para eventos específicos subvencionados -Fondos depositados en la cuenta bancaria de la organización designada específicamente para fondos de eventos respaldados por subvenciones múltiples - Otro (para otros, describa en detalle)
Para este programa, ¿se busca apoyo de producto de otras fuentes?	En caso afirmativo, describa el apoyo potencial de producto (nombre de las empresas)
Ingresos Anticipados de los Registros	En Dólares Estadounidenses(USD); escriba "0" si no es aplicable
Ingresos Previstos de Subvenciones de Apoyo	Incluye apoyo anticipado por parte de Olympus; en Dólares Estadounidenses(USD); escriba "0" si no es aplicable
Ingresos Previstos del Apoyo del Patrocinio y la Exhibición	En Dólares Estadounidenses(USD); escriba "0" si no es aplicable
Ingresos Previstos- Otros	En Dólares Estadounidenses(USD); escriba "0" si no es aplicable
Total de Ingresos Previstos	Este campo se calculará automáticamente a partir de los cuatro campos de ingresos anteriores
¿Su organización (u organización matriz) está en la "Open Payments List of Teaching Hospitals" (Lista de pagos abiertos para hospitales universitarios)	Las organizaciones de EE. UU. y Puerto Rico deben consultar la lista actualizada de Hospitales Docentes de CMS y responder en base a ella. <i>Todas las demás organizaciones deben seleccionar "No".</i>

Campos de Solicitud de Información	Descripción del campo u opciones disponibles para la selección
Resumen de Evaluación de Necesidades	Un resumen de alto nivel de las áreas de conocimiento y práctica sobre las cuales los objetivos educativos se basan (hasta 1000 caracteres)
Competencias que se adquirirán con esta solicitud	<i>Conocimiento médico, cuidado del paciente, aprendizaje basado en la práctica, Profesionalismo, Prácticas basadas en el sistema, Habilidades interpersonales y de comunicación, Habilidades técnicas (seleccione todas las que correspondan) Las descripciones de las competencias de ACGME se encuentran en http://www.ecfmg.org/echo/acgme-core-competencies.html</i>
¿Está asociado con una compañía de medidas de resultados?	En caso afirmativo, escriba el nombre de la compañía
Objetivos Educativos	Añada un objetivo por recuadro y haga clic en el icono del disco para guardar. <i>Límite de 255 caracteres.</i>

En la pestaña Formato del Programa, se le pedirá que agregue una entrada para cada actividad asociada con su programa (no limitado a las actividades específicas para las que se solicita el soporte de Olympus). Cada elemento en la agenda de su programa debe estar representado en esta página.

Una "actividad" es un programa web o en vivo con un Formato del Programa, específico (por ejemplo, sesión didáctica, taller práctico, caso en vivo), sede y audiencia. **Por ejemplo, si el programa tiene charlas disponibles viernes y sábado para todos los participantes, talleres de práctica de sábado para médicos y sesiones prácticas complementarias de lunes para residentes, se deben ingresar tres actividades.**

Campos de Formato del Programa	Descripción del campo u opciones disponibles para la selección
Tipo de Formato del Programa	<i>En vivo, Web</i>
Formato del Programa (opciones disponibles dependiendo del Tipo seleccionado en el campo anterior)	En Vivo - Taller práctico, clase / sesión didáctica, caso en vivo, Simposio Satélite, Simposio, Conferencia de Investigación, Fellowships-Beca manejada por Sociedades Médicas Web - Application (App) or Podcast, Symposium En Línea, Módulo de educación / capacitación en línea, publicación / archivo en línea, webcast / programa en vivo en línea
Número de Oradores/Docentes	Numero de docentes y profesorado
Fechas de Inicio y Finalización	
URL Web (optional)	Página web que muestra detalles del programa y / o registro
Sucursal, País, Ciudad, Código Postal (requerido para eventos en vivo)	Lugar donde tomara lugar el evento
URL de la Sucursal (opcional)	Página web para el lugar físico (g., Hotel, centro de conferencias) donde programa en vivo se llevará a cabo
Alcance Geográfico	<i>Local, Regional, Nacional, Internacional</i>
Tácticas de Generación de Audiencia	Respuesta de texto libre (por ejemplo, dos campañas de correo electrónico a 25,000 destinatarios, anuncios en páginas web)
¿Está solicitando apoyo con productos de Olympus para esta actividad?	<i>SI/NO (apoyo de productos solo disponible en México, Brasil y Puerto Rico)</i>
Si es afirmativo, Por favor, cargue la planilla de apoyo del producto después de llenarla	Usando los enlaces provistos, descargue el Formulario de Soporte del Producto apropiado. Guárdelo localmente en su computadora y complete todos los campos requeridos. (¡No olvide guardar de nuevo!) Cargue un formulario completo para cada actividad para la que se solicite el soporte de Olympus: https://www.olympusconnect.com/ProductSupportForms.asp
Grupo de audiencia	<i>Médicos, enfermeras registradas, asistentes médicos, enfermeras practicantes, Pacientes, Microscopistas, Otro</i>
Especialidad	<i>Anestesiología, Medicina de emergencia, Gastroenterología, Ginecología, Medicina Interna, Otorrinolaringología, Patología, Pediatría, Neumología, Medicina del Sueño, Cirugía Colon y Rectal, Cirugía General, Cirugía Torácica, Urología, Otro, N / A</i>
Categoría de crédito	<i>Opciones: N/A, AACP, AAFP, AAN, AANP, AAPA, ACCME, ACCP, ACPE, AMA, AMCP, ANCC, AOA, APhA, ASCP, NAPNAP, RSPSC, Other</i> Para las organizaciones de América Latina favor seleccione N / A
Horas de Crédito CE/CME para la categoría	Número de horas de crédito disponibles para esta actividad específica Para las organizaciones de América Latina favor seleccione 0
Núm. de invitaciones esperadas para ser distribuidas	
Núm. de estudiantes esperados	

**Núm. de estudiantes
esperados para recibir crédito**

Para las organizaciones de América Latina favor seleccione 0

La pestaña **Presupuesto** mostrará dos valores ingresados en la pestaña Información general: Costos totales del programa (de la página anterior) y Monto solicitado de Olympus (de la página anterior). Se le pedirá que cree un presupuesto de línea de pedido que detalle los gastos / costos generales de su programa y cómo asignará los fondos que solicita a Olympus.

A medida que introduce los gastos en la herramienta de presupuesto, los campos etiquetados Costos totales del programa (calculados a partir de las pestañas a continuación) y el Monto solicitado de Olympus (calculado a partir de las pestañas a continuación) se actualizarán automáticamente. **IMPORTANTE: ingrese los gastos en la herramienta de presupuesto hasta que los valores calculados sean exactamente iguales a los valores que ingresó en la pestaña Información general.**

Los gastos completos de su programa deben estar representados en el presupuesto, no limitado a las categorías presupuestarias para las cuales se solicita la asistencia de Olympus.

Campos de Presupuesto	Descripción del campo u opciones disponibles para la selección
Cuenta y Administración de Actividad	<i>Gestión de Logística, Gestión Financiera, Gestión de Contenido, Gestión de Generación de Audiencia, Otros</i>
Costos de Acreditación	<i>Costos de Acreditación</i>
Desarrollo de contenidos	<i>Creativo, Editorial, Redacción Médica, Otros</i>
Viajes de Docentes y Personal de la Organización El apoyo financiero de Olympus no puede asignarse a viajes, alojamiento, comidas u otros gastos personales de profesionales de la salud o microscopistas; Sin embargo, estos gastos deben incluirse en el presupuesto del programa como parte de los costos generales.	<i>Pasajes Aéreos Docentes, Reembolso de Millas para los Docentes, Transporte de los Docentes, Etc.</i> Se requiere detalles Costo por artículo X Artículos por persona X Nro. de personas
Honorarios El apoyo de subvención de Olympus no puede utilizarse para honorarios.	Se requiere detalles: Rol (<i>Presidente, Profesor, Etc</i>) y Tarifa por Hora X Numero de horas X Numero de Personas
Comidas El apoyo financiero de Olympus no puede asignarse a viajes, alojamiento, comidas u otros gastos personales de profesionales de la salud o microscopistas; Sin embargo, estos gastos deben incluirse en el presupuesto del programa como parte de	Se requiere detalles: Comida (<i>Desayuno, Almuerzo, Cena, Recesos, Otros</i>)y Cost o por Artículo X Artículos por Persona X Numero de Personas
Logística de la Reunion	<i>Salas de Reunión, Equipo A/V. Dispositivos, Costos de Teleconferencia, Costos de Congreso, Apoyo del Costo del Lugar</i>
Resultados	<i>Desarrollo de encuestas, análisis de datos / generación de informes, resultado, Otro</i>
Producción y Envío	Actividades en vivo: <i>diseño, impresión y producción; Envío y franqueo; Generación de audiencia; Otro</i> Actividades web: <i>desarrollo, alojamiento, mantenimiento, generación de audiencia, diseño, impresión y producción, otros</i>

Campos de Carga de Documentos	Descripción del campo u opciones disponibles para la selección
¿El formulario W-9 que está actualmente en su perfil está actualizado?	Organizaciones en América Latina – N/A- fuera de los Estados Unidos

¿Está actualizada la carta de determinación actual del IRS en su perfil?	Organizaciones en América Latina – N/A- fuera de los Estados Unidos
Carta de solicitud	Carta describiendo el programa y solicitando apoyo de Olympus
Agenda detallada	Para eventos educativos en vivo, la agenda provista debe incluir hora por detalle de la hora de todo el contenido a ser presentado.
Invitación / folleto/ material de marketing	Muestra del material publicitario de comercialización del programa
Autoridad Tributaria Competente	Cargar el documento de la Autoridad Tributaria Pertinente que demuestre que la Organización es una entidad reconocida
Lista de la Junta Directiva	Lista de miembros actuales de la junta de la Organización
Presupuesto detallado (opcional)	
Evaluación de Necesidades (opcional)	
Objetivos de Aprendizaje (opcional)	
Plan de medición de resultados (opcional)	
Detalles de producto y logística (opcional)	Lista o configuración de los productos específicos de Olympus deseados; preparar y detalles de entrega; diseño del taller; información para ayudar a Olympus con la creación de la lista de productos
Campos de carga adicionales (opcional)	Hay campos adicionales disponibles para nombrar y adjuntar documentos de su elección

Campos de Acreditación	Descripción del campo u opciones disponibles para la selección
¿El programa está acreditado?	Seleccione “no” para América Latina
¿Va a trabajar con un socio implementador/educativo?	Seleccione “no” para América Latina

Campos de Firmante Autorizado	Descripción del campo u opciones disponibles para la selección
Firmante Autorizado	Verificar o proporcionar el nombre y la dirección de correo electrónico de la persona autorizada para firmar una carta de acuerdo en nombre de la organización solicitante. Olympus contactará directamente al firmante autorizado en caso de que se otorgue un premio. Por favor, avisar al firmante que fue designado
Información del Beneficiario (N/A para solicitudes de producto solamente)	Organizaciones latinoamericanas: dirección asociada a la cuenta bancaria de la Organización.

Detalles de la Solicitud	Descripción del campo u opciones disponibles para la selección
Detalles	Resumen de toda la información proporcionada por el solicitante se
Acuerdo	El solicitante debe aceptar los términos de la subvención de Olympus (por ejemplo, las presentaciones incompletas (incluidos los formularios de soporte de producto incompletos) se considerarán no elegibles; los términos de compromiso de cumplimiento de Olympus; no se deberá contactar al personal de ventas / marketing de Olympus con respecto a
Enviar	Al hacer clic en Proceder, se enviará la solicitud. El solicitante recibirá en la confirmación de la pantalla y la confirmación por correo electrónico de la presentación exitosa. Si no recibe un correo electrónico de confirmación, comuníquese con: grants-americas@olympus.com or 484-896-3939



DEFENSA/ ABOGACÍA

Lista de Verificación

Los artículos son necesarios a menos que se indique lo contrario

Campos	Descripción del campo u opciones disponibles para la selección
Tipo de Programa	Exámenes de Prevención
Área Terapéutica	Anestesiología, Bariátrica, otorrinolaringología, gastroenterología, cirugía general, Ginecología, Microscopía, Neumología, Cirugía Torácica, Urología, Otros
Declaración de Objetivos de la Organización	Hasta 500 caracteres
Enfoque Geográfico de la Organización	Local, Regional, Nacional, Internacional
Dirección del sitio de la organización	
Título del Programa	Nombre del programa
Descripción del programa/actividad	Un resumen de alto nivel de su programa (hasta 500 caracteres); Archivos adicionales, como una carta de solicitud formal, se pueden proporcionar en otro lugar, pero este campo es obligatorio
Describe el Impacto Deseado	Incluir número anticipado de beneficiarios directos
Apoyo Solicitado de Olympus	Financiero; Producto – Olympus (<i>Spiration no esta disponible en America Latina</i>)
El Formulario de Equipos de Olympus	Usando los enlaces provistos, descargue el Formulario de Soporte del Producto apropiado. Guárdelo localmente en su computadora y complete todos los campos requeridos. (¡No olvide guardar de nuevo!) Cargue un formulario completo para cada actividad para la que se solicite el soporte de Olympus: https://www.olympusconnect.com/ProductSupportForms.asp
Fecha de Inicio	
Fecha de Finalización	
Enfoque geográfico de la solicitud	Local, Regional, Nacional, Internacional
Cantidad pedida de Olympus	Cantidad en dólares solicitada a Olympus (USD); si no solicita apoyo financiero ingrese cero
Presupuesto total del Programa	Este valor debe reflejar todos los gastos anticipados para el programa en general, no limitado a la porción / sesiones del programa para el cual se solicita soporte de Olympus (USD)

Carga de Documentos	Descripción del campo u opciones disponibles para la selección
¿El formulario W-9 que está actualmente en su perfil está actualizado?	Seleccione N/A
Formulario de Producto (si es aplicable)	Si se cargó un Formulario de soporte del producto en la pestaña Descripción general, será visible aquí. No se requiere ninguna acción nueva.
Invitación/el Volante/el Material de Marketing	Muestra del material publicitario de comercialización del programa

Lista de la Junta Directiva	
Agenda del Programa (opcional)	
Presupuesto Detallado (opcional)	

Documentos Adicionales (opcional)	campos adicionales disponibles para nombrar y adjuntar documentos de su elección
--	--

Campos de Firmante Autorizado	Descripción del campo u opciones disponibles para la selección
Firmante Autorizado	Verificar o proporcionar el nombre y la dirección de correo electrónico de la persona autorizada para firmar una carta de acuerdo en nombre de la organización solicitante. Olympus contactará directamente al firmante autorizado en caso de que se otorgue un premio. Por favor, avisar al firmante que fue designado
Información del Beneficiario (N/A para solicitudes de producto solamente)	Organizaciones latinoamericanas: dirección asociada a la cuenta bancaria de la Organización.

Detalles de la Solicitud	Descripción del campo u opciones disponibles para la selección
Detalles	Resumen de toda la información proporcionada por el solicitante se
Acuerdo	El solicitante debe aceptar los términos de la subvención de Olympus (por ejemplo, las presentaciones incompletas (incluidos los formularios de soporte de producto incompletos) se considerarán no elegibles; los términos de compromiso de cumplimiento de Olympus; no se deberá contactar al personal de ventas / marketing de Olympus con respecto a
Enviar	Al hacer clic en Proceder, se enviará la solicitud. El solicitante recibirá en la confirmación de la pantalla y la confirmación por correo electrónico de la presentación exitosa. Si no recibe un correo electrónico de confirmación, comuníquese con: grants-americas@olympus.com or 484-896-3939

