

Fecha de Diligenciamiento del Formato

DIA	MES	AÑO	2.01_
-----	-----	-----	-------

1. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de la Organización: _____
 Nit: _____ Fecha de creación de la Organización: _____
 Nombre del Representante legal: _____
 Nombre del Director (a) de la Organización: _____
 Dirección Sede Administrativa _____ Barrio: _____
 Dirección Sede Operativa _____ Barrio: _____
 Número de Sedes: _____ Ubicación _____
 Tiempo de funcionamiento de la organización: _____
 La Sede es: Propia Arrendada: Comodato: **Carácter:** Publico Privado Mixta
 Teléfono(s): _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____
 Localidad _____ Zona Rural Urbana Se identifican como católicos: Si _____ No _____
 Días en la semana que presta servicio la Organización:

L	M	I	J	V	S	D
---	---	---	---	---	---	---

 Horario: _____
Modalidad de Atención: Interno _____ Semi-interno _____ Externo _____

2. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

ETAPAS CICLO VITAL	SUB-ETAPAS	Nº MUJERES	Nº HOMBRES
	Gestantes		
	Lactantes		
INFANCIA	Preescolar 0 a 5 Años		
	Escolar 6 a 10 Años		
JUVENTUD	Adolescente inicial 11 a 18 Años		
	Adolescente Media 19 a 25 Años		
ADULTEZ	Adulto Joven 26 a 59 Años		
PERSONA MAYOR	Mayores de 60'S		
NÚMERO TOTAL DE LA POBLACIÓN			
NÚMERO TOTAL DE LA POBLACIÓN ATENDIDA		#	

*En caso de que la organización solo trabaje familias escriba el número de familias atendidas

TOTAL DE FAMILIAS ATENDIDAS	
-----------------------------	--

3. CLASIFICACIÓN DE POBLACIÓN VULNERABLE

Según la siguiente clasificación y de acuerdo con el objeto social de la organización marque el tipo de población que atiende actualmente (marque con una X máximo 3 opciones):

ETNIAS	DISCAPACIDAD Y HABILIDAD	SOCIO-EDUCATIVA	CICLO VITAL	AMBIENTAL-FÍSICAS	Otra Vulnerabilidad
Afro descendientes	Diversamente Hábiles- Discapacidad Cognitiva				
Indígenas	Pacientes con Enfermedad Terminal				
Pueblo ROM (gitano)	Terapéuticos por Adicción				
Madres Cabeza de Hogar	Problemas Comportamentales				
En Ejercicio de Prostitución	Personas Institucionalizadas				
Abuso Sexual	Adolescentes en Conflicto con la Ley Penal				
Violencia Intrafamiliar	Infractores				
Personas Habitantes de Calle	Jóvenes y Adultos Illetrados (Analfabetas)				
Huérfanos o Personas en Condición de Abandono	Infancia y Niñez				
Trabajadores informales	Adolescencia y Juventud				
Pobreza extrema	Persona Mayor				
Niños y Jóvenes Trabajadores	Desastres Naturales				
Desmovilizados	Zona de Alto Riesgo				
Reinsertados	Otra ¿Cuál?				
Desplazados					

4. PROGRAMAS Y PROYECTOS SOCIALES

(Marque con una x los PROGRAMAS Y/O PROYECTOS SOCIALES que en la actualidad está desarrollando su organización.)

Salud Integral, Condiciones Saludables.	Medio Ambiente.
Seguridad Alimentaria y Nutricional.	Desarrollo Sostenible, Hábitat y Ruralidad.
Culturales, Lúdicos, de Recreación y Deporte.	Participación social y construcción de ciudadanía.

Educación formal e informal.	Formación u Orientación Espiritual y Religiosa.
Derechos humanos.	Asesoría Jurídica, Psicológica
Proyectos Productivos.	Otro ¿Cuál?
Describe las principales características del programa o proyecto social que desarrolla actualmente su organización:	

5. INSTITUCIONES Y PROFESIONALES QUE LOS APOYAN (MARQUE CON UNA X)

Alcaldía Local _____ Secretaria de Integración Social _____ Otra Entidad Distrital ¿Cuál? _____ ICBF _____
 Empresa Privada _____ Universidades _____ Persona Naturales _____ Otro ¿Cuál? _____
 Tipo de Apoyo _____

¿Cuenta la Organización con profesionales de apoyo propios?:

SI	NO
----	----

¿Cuáles?: _____

6. INFORMACIÓN FINANCIERA

¿De dónde provienen sus ingresos? Donaciones ____ Recursos Propios _____ Recursos Mixtos _____ Otro ¿Cuál? _____
 ¿Cuál es su presupuesto mensual? _____ ¿Cuántos son sus ingresos? _____ ¿Cuántos son sus gastos? _____

7. INFORMACIÓN RESPECTO A LA RELACIÓN CON EL BANCO DE ALIMENTOS

¿Qué beneficio Desea Recibir del Banco de Alimentos?

Desayuno	Nº	Almuerzo	Nº	Cinco Comidas	Nº
Refrigerio Am	Nº	Refrigerio PM	Nº	Otro ¿Cuál?	

¿En qué aspecto quiere fortalecer su Organización?

Capacidad Organizacional	Intervención social	Capacitaciones y asesorías
Administrativa y financiera	Producción de alimentos	Otro ¿Cuál?

¿Cómo se enteró de la Fundación Banco Arquidiocesano de Alimentos?:

Amigo o familiar	Entidades públicas	Parroquia
Medios de comunicación	Institución beneficiaria de la FBAA	Otro ¿Cuál?

8. REMISIÓN USO EXCLUSIVO PARA EL BANCO DE ALIMENTOS

ENTREVISTA	Nombre de quien realiza la entrevista:
Visita de Ingreso	(Punto de Referencia de la Dirección: Transporte Público, Transmilenio, Alimentador)
Carta de No Ingreso	Motivo:

Nombre Apellido del Representante Legal _____

Firma: _____
 C.C. _____

SELLO DE LA ORGANIZACIÓN