Versión 3.0-2018
Anexo 1

FUNDACIÓN BANCO DE ALIMENTOS DE BOGOTÁ
INFORMACIÓN INSTITUCIONAL
FORMATO DE VINCULACIÓN

BANCO DE ALIMENTOS BOGOTÁ

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_____
La Sede es: Propia ☐ Arrendada: ☐ Comodato: ☐ Carácter: Público ☐ Privado ☐ Mixta ☐
Teléfono(s): _____Celular: _____Correo Electrónico: _____
Localidad _____ Zona Rural ☐ Zona 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 Años		
TOTAL DE LA POBLACIÓN			

*En caso de que la Organización presente labor social con familias escriba el número de familias atendidas

FAMILIAS ATENDIDAS	#

3. CLASIFICACIÓN DE POBLACIÓN VULNERABLE

Según la siguiente clasificación y de acuerdo con el objeto social de su Organización marque con una X la(s) vulnerabilidad (des) más representativas de población que atiende actualmente.

ETNIAS	Afro descendientes		**DISCAPACIDAD Y HABILIDAD**	Diversamente Hábiles- Discapacidad Cognitiva	
	Indígenas			Pacientes con Enfermedad Terminal	
	Pueblo ROM (gitano)		**SOCIO-EDUCATIVA**	Terapéuticos por Adicción	
SOCIO-ECONÓMICO	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 Iletrados (Analfabetas)	
	Huérfanos o Personas en Condición de Abandono		**CICLO VITAL**	Infancia y Niñez	
	Trabajadores Informales			Adolescencia y Juventud	
	Pobreza Extrema			Persona Mayor	
	Niños y Jóvenes Trabajadores		**AMBIENTAL-FÍSICAS**	Desastres Naturales	
DERECHOS HUMANOS	Desmovilizados			Zona de Alto Riesgo	
	Reinsertados		**Otra Vulnerabilidad**	Otra ¿Cuál?	
	Desplazados				

4. INSTITUCIONES Y PROFESIONALES QUE LOS APOYAN (marque con una X)

Alcaldía Local ____ Secretaria de Integración Social ____ ICBF____ Otra Entidad Distrital ¿Cuál? _____
Empresa Privada _____ Universidades _____ Persona Naturales _____ Otro ¿Cuál? _____
Tipo de Apoyo _____
¿La Organización con profesionales de apoyo propios?: NO____ SI____
¿Cuáles?: _____

5. PROGRAMAS Y PROYECTOS SOCIALES
(Marque con una X el (los) Programa(s) Social(es) que en la actualidad está desarrollando en 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?**	

Describa en que consiste su(s) programa(s) social(s) que desarrolla actualmente su Organización:

_____

_____

6. INFORMACIÓN FINANCIERA

¿De dónde provienen sus ingresos? Donaciones___ Recursos Propios___ Proyectos___ De los Beneficiarios___ Unidad Productiva__
De eventos varios___ Cuáles: _____
¿Cuál es su presupuesto mensual? $_____ ¿Sus gastos mensuales se identifican en?: Arriendo___ Planta de Personal___ Alimentos___
Gastos Administrativos___ Transporte___ Materia Prima__ Otro: _____
¿Hace entrega de alimentos? NO___ SI___ Dónde se abastece de los alimentos_____
¿Qué porcentaje de sus ingresos destina para alimentos? _____, ¿Cuáles alimentos necesitaría para sus actividades?_____
_____

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

¿Cómo se enteró de la Fundación Banco de Alimentos de Bogotá?					
Amigo o familiar		Entidades públicas		Parroquia	
Medios de comunicación		Institución beneficiaria de la FBAA		¿Sabe usted qué es aporte solidario? Si_____ NO_____	

¿En qué aspecto quiere fortalecer su Organización?	
Capacidad Organizacional :	
Intervención Social:	
Administrativa y Financiera	
Conservación de Alimentos	

¿En qué aspecto quiere fortalecer su personal?	
Liderazgo comunitario	
Atención a comunidades	
Tecnología de la información y la comunicación	
Otro:	

¿Qué beneficio desea recibir de la Fundación Banco Arquidiocesano de Alimentos?					
Desayuno	**#**	Almuerzo	**#**	Cinco Comidas	**#**
Refrigerio AM	**#**	Refrigerio PM	**#**	Mercados	**#**

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 y Apellido del Representante Legal

Firma: _____ **C.C.** _____

SELLO DE LA ORGANIZACIÓN