

Versión 3.0-2018
Anexo 1

FUNDACIÓN BANCO DE ALIMENTOS DE BOGOTÁ
INFORMACIÓN INSTITUCIONAL
FORMATO DE VINCULACIÓN



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	DESCRIPCIÓN	DISCAPACIDAD Y HABILIDAD	DESCRIPCIÓN
SOCIO-ECONÓMICO	Afro descendientes	SOCIO-EDUCATIVA	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
DERECHOS HUMANOS	Pobreza Extrema	CICLO VITAL	Persona Mayor
	Niños y Jóvenes Trabajadores		Desastres Naturales
	Desmovilizados		Zona de Alto Riesgo
	Reinsertados		Otra ¿Cuál?
	Desplazados	Otra Vulnerabilidad	

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 _____

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

5. PROGRAMAS Y PROYECTOS SOCIALES

(Marque con una X el (los) Programa(s) Social(es) que en la actualidad está desarrollando en su Organización)

¿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

6. INFORMACIÓN FINANCIERA

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: _____

SELLO DE LA ORGANIZACIÓN

CRONOGRAMA SEMANAL 2019

Día	Actividad realizada	Niños	Jóvenes	Adultos	Adultos Mayores	Hora	Lugar de encuentro	Responsable - Teléfono
	Detallar las actividades realizadas (capacitaciones, talleres tiempos de comidas, recreación etc.)	Número de personas atendidas en las actividades				Hora inicio - hora final	Dirección - Barrio	Responsable de la actividad - número de contacto.
Lunes								
Martes								
Miércoles								
Jueves								
Viernes								
Sábado								
Domingo								

Recesos Durante el Año: _____

* En caso de tener Jornadas durante las cuales la población no se encuentre en la fundación por algún tipo de actividad fuera de las instalaciones por favor hacer relación de estas fechas.

* Este es un modelo básico que contiene la información mínima requerida