

No. Consecutivo:
1. DATOS GENERALES

Razón Social:														
Teléfono Institucional:						Celular Institucional:								
Correo Institucional:														
NIT:				Fecha de creación de la Organización:										
Nombre del Representante Legal:														
Nombre del Director de la Organización :														
Dirección Sede Administrativa:						Barrio:			Localidad:					
Dirección Sede Operativa:						Barrio:			Localidad:					
Sectores que cubre la Organización:														
La Sede es:	Propia		Arrendada		Comodato		Carácter:	Público		Privado		Mixta		
Localidad:							Zona:	Rural			Urbana			
Número de Sedes (En caso de presentar más de una sede por favor diligenciar información en formato anexo de registro de sedes):														
Modalidad de Atención:	Interno		Semi Interno		Mixto		¿Se identifican como católicos? SÍ ___ NO ___							
Días de la Semana que presta servicio la Organización:				L	M	M	J	V	S	D	Horario _____			
Fecha de Diligenciamiento del Formato de Vinculación – Reactivación Día: ____ / Mes: ____ / Año: ____														

2. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

ETAPA 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 PERSONA MAYOR	Adulto Joven: 26 a 59 Años		
	Mayores de 60 Años		
TOTAL POBLACIÓN			
*En caso de que realicen labor social con Familias indique el número de Población		No. FAMILIAS	

3. CLASIFICACIÓN DE POBLACIÓN VULNERABLE
Según el objeto social de su Organización marque con una X la(s) vulnerabilidad(des) más representativas de la población que atiende actualmente.

SOCIO – ECONÓMICO		SOCIO - EDUCATIVO		ETNIAS	
Madres Cabeza de Hogar		Terapéuticos por Adicción		Afrodescendientes	
En ejercicio de Prostitución		Problemas Comportamentales		Indígenas	
Abuso Sexual		Personas Institucionalizadas		Pueblo ROM (Gitanos)	
Violencia Intrafamiliar		Adolescentes en conflicto con Ley Penal		CICLO VITAL	
Habitantes de Calle		Infraactores		Infancia y Niñez	
Personas en Abandono		Jóvenes Adultos Analfabetas		Adolescencia y Juventud	
Trabajadores Informales		DERECHOS HUMANOS		Persona Mayor	
Pobreza Extrema		Desmovilizados		DISCAPACIDAD Y HABILIDAD	
Niños Jóvenes Trabajadores		Reinsertados		Diversamente Hábiles -Discapacidad Cognitiva	
AMBIENTAL Y FÍSICAS		Desplazados		Enfermedad Terminal	
Desastres Naturales		Otro Vulnerabilidad ¿Cuál?			

Zona de Alto Riesgo		
---------------------	--	--

4. APOYO INSTITUCIONAL

Marque con una X la(s) Instituciones y/o Personas de carácter público y/o privado que apoyan la labor de la Organización.

Universidades	Empresa Privada	Personas Naturales	Otra entidad describa ¿cuál?
ICBF	Alcaldía Local	Secretaría de Integración Social	

Tipo de Apoyo:

5. PROGRAMAS Y PROYECTOS SOCIALES

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

Salud Integral, Condiciones Saludables	Medio Ambiente
Seguridad Alimentaria y Nutricional	Desarrollo Sostenible, Habidad y Ruralidad
Recreación y Deporte, Culturales, Lúdicos	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) y objeto social(es) de la Organización: _____

¿Cómo identifican la Población? _____

Marque con una x ¿Con que recurso humano cuentan para la ejecución del Programa?	Profesionales	Voluntarios	Colaboradores
--	---------------	-------------	---------------

¿Describe en que consiste el apoyo del talento humano en la organización?

6. INFORMACIÓN FINANCIERA

Registre la información sobre Fuente de Recursos, Presupuesto disponible y Entrega de Alimentos que realiza la Organización.

FUENTE DE RECURSOS

¿De dónde provienen sus recursos?			
Donaciones	De los Beneficiarios	Eventos Varios ¿Cuáles?	
Recursos Propios	Unidad Productiva		

PRESUPUESTO

Presupuesto Mensual	\$	Gastos Administrativos	\$
Arriendo	\$	Transporte	\$
Planta de Personal	\$	Materia Prima	\$
Alimentos	\$	Otros	\$

_____ % de Ingresos destinado a Alimentos

7. RELACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN CON EL BANCO DE ALIMENTOS

¿Cómo se enteró de la Fundación Banco de Alimentos de Bogotá?

Amigo Familiar		Entidades Públicas		Parroquia	
Medios de Comunicación		Institución beneficiaria de FBA		¿Sabe usted que es Aporte Solidario?	SÍ ____ NO ____

Marque con una x ¿Qué aspectos quiere fortalecer de su Organización?		Marque con una x ¿Qué aspectos quiere fortalecer de su personal?	
Capacidad Organizacional		Liderazgo Comunitario	
Intervención Social		Atención a Comunidades	
Administrativa y Financiera		Tecnologías de la Información y la Comunicación	
Conservación de Alimentos		Otro:	

COMPONENTE NUTRICIONAL

¿Dónde se abastece de los alimentos?

¿Hace entrega de Alimentos? Sí ____ No ____ Preparados ____ No Preparados ____ Mercados ____

¿Qué beneficio desea recibir de la Fundación Banco Arquidiocesano de Alimentos?

No. Desayunos	No. Refrigerios AM	No. Almuerzos	No. Refrigerios PM	Cena	No. Mercados

8. REMISIÓN | REGISTRO EXCLUSIVO QUE DEBE SER DILIGENCIADO POR LA FUNDACIÓN BANCO DE ALIMENTOS

Colaborador del Banco de Alimentos que realiza la Entrevista:

Fecha de Entrevista: Día: ____ / Mes: ____ / Año: ____

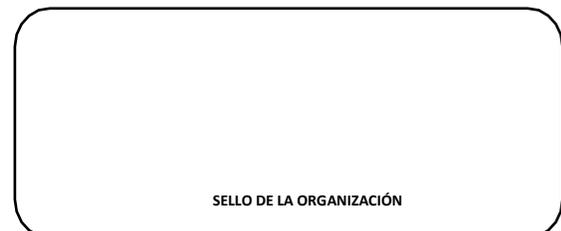
Visita de Ingreso – (Punto de referencia dirección: Transporte Publico, Transmilenio, alimentador)

Carta de No Ingreso: _____

Nombre del Representante Legal: _____

Firma Representante: _____

Cédula Ciudadanía: _____



SELLO DE LA ORGANIZACIÓN