

FECHA

No. CONSECUTIVO

1. DATOS GENERALES

Razón Social

Teléfono institucional

Celular institucional

Correo Institucional

NIT

Fecha de creación de la Organización

Nombre completo Representante Legal

Celular

E-mail

Director / Coordinador (Si no es Representante Legal)

Celular

E-mail

Dirección Sede Administrativa

Barrio

Localidad

Dirección Sede Operativa

Barrio

Localidad

Sectores que cubre la organización

Número de Sedes

(En caso de presentar más de una sede por favor diligenciar información en formato anexo de registro de sedes)

La sede es:

Propia [] Arrendada [] Comodato []

Carácter:

Público [] Privado [] Mixta []

Horario: _____

Localidad

Ubicación

Zona:

Rural [] Urbana []

Modalidad de Atención

Interno [] Semi Interno [] Mixto []

Prestación del servicio los días:

L [] M [] M [] J [] V [] S [] D []

¿Se identifican como católicos?

Si [] No []

2. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

ETAPA CICLO VITAL

MUJERES

HOMBRES

TOTAL POBLACIÓN

Gestantes

Lactantes

0 - 5 meses

6 meses - 4 años

5 años - 12 años

13 años - 17 años

18 años - 25 años

26 años - 59 años

Mayores de 60 años

En caso de que realicen labor social con Familias indique el número de Población

No. FAMILIAS

Observaciones (Población adicional)

3. CLASIFICACIÓN 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.

SOCIO-ECONOMICO		SOCIO-EDUCATIVO		DERECHOS HUMANOS	
Madre Cabeza de Hogar		Terapéuticos por adicción		Desmovilizados	
En ejercicio de prostitución		Problemas comportamentales		Reinsertados	
Abuso sexual		Personas Institucionalizadas		Desplazados	
Violencia Intrafamiliar		Adolescentes en conflicto con ley penal		AMBIENTAL Y FISICAS	
Habitantes de calle		Infraactores		Desastres Naturales	
Personas en Abandono		Jóvenes / Adultos Analfabetas		Zona de Alto riesgo	
Trabajadores Informales		DISCAPACIDAD Y HABILIDAD		Otra vulnerabilidad ¿Cuál?	
Pobreza Extrema		Diversamente Hábiles - Discapacidad cognitiva			
Niños / Jóvenes Trabajadores		Enfermedad terminal			
ETNIAS		CICLO VITAL			
Afrodescendientes		Infancia y Niñez			
Indígenas		Adolescencia y Juventud			
Pueblo ROM (Gitanos)		Persona mayor			

4. APOYO INSTITUCIONAL

Marque con una X la(s) institución y/o personas de carácter público y/o probado que apoyan la labor de la organización

Universidades		Empresa Privada		Personas Naturales	
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 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

¿Cómo identifican la población?

Marque con una X ¿Con qué recurso humano cuentan para la ejecución del programa?

Profesionales

Voluntarios

¿Describa en qué 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 organice

FUENTE DE RECURSOS

¿De dónde provienen sus recursos?

Donaciones		De los Beneficiarios		Eventos Varios ¿Cuáles?
Recursos propios		Unidad Productiva		

PRESUPUESTO

Presupuesto Mensual

Arriendo	\$	Gastos Administrativos	\$
Personal que labora	\$	Transporte	\$
Alimentos	\$	Materia Prima	\$
% de Ingresos destinado a Alimentos		Otros	\$

7. INFORMACIÓN DE 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 / redes sociales		Institución beneficiaria del BAB		¿Sabe usted qué es aporte solidario? SI [] NO []	

Marque con una X ¿Qué aspectos quiere fortalecer su Organización?

Marque con una X ¿Qué aspecto quiere fortalecer su personal?

Capacidad Organizacional		Liderazgo Comunitario	
Intervención Social		Atención a comunidades	
Administrativa y Financiera		Tecnología de la información y la comunicación	
Conservación de Alimentos		Otros	

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

DESAYUNOS	REFRIGERIOS AM	REFRIGERIOS PM	CENA	MERCADOS

8. REMISIÓN USO EXCLUSIVO PARA EL BANCO DE ALIMENTOS

Colaborador del Banco de Alimentos que realiza la entrevista

Fecha de Entrevista Día ____ / Mes ____ / Año ____

Visita de Ingreso - (Punto de referencia: Transporte Público, Transmilenio, Alimentador)

Carta de No. Ingreso

Nombre Completo Representante Legal

Firma

SELLO DE LA ORGANIZACIÓN