

FECHA

TIPO DE SOLICITUD

Vinculación [] Reactivación []

1. DATOS GENERALES

Nombre Organización			
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
¿La Organización cuenta con más Sedes? Si [] No []		Indique número de sedes adicionales _____	
Observaciones de la sede: <i>(Por favor indique las direcciones y teléfonos, si cuenta con más de una sede)</i>			
La sede principal es: Propia [] Arrendada [] Comodato []		La Organización es de carácter: Público [] Privado [] Mixta []	
		Zona: Rural [] Urbana []	
		Horario administrativo: _____	
		Horario atención a la población: _____	
Modalidad de Atención Población Internado [] Externado [] Mixto []		Prestación del servicio los días: L [] M [] Mi [] J [] V [] S [] D []	
		¿Se identifican como católicos? Si [] No []	
Sectores que cubre la organización			

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			
Σ TOTAL			
En caso de que realicen labor social con Familias indique el número de Población		No. FAMILIAS	

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 qué consisten los programa(s) social(es) que desarrolla actualmente la Organización

¿De qué manera realizan la convocatoria y caracterización de la población? (Explique brevemente)

¿Cuenta con empleados? Si [] No [] ¿Cuántos? _____

¿Cuenta con voluntarios? Si [] No [] ¿Cuántos? _____

6. INFORMACIÓN FINANCIERA

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

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 tiempo de comida solicita para la vinculación / reactivación con la Fundación Banco Arquidiocesano de Alimentos?

Desayunos [] Refrigerios AM [] Almuerzos [] Refrigerios PM [] Cena [] Mercados []

Nombre Completo Representante Legal

Firma

SELLO DE LA ORGANIZACIÓN

NOTA: Es importante que toda la documentación cuente con sello de la Organización