Informe anual de Vitamin Angels

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de la organización:** | **Fecha:** |

### **Información sobre su inventario**

1. En el siguiente cuadro, indique el número de **dosis** (es decir, número de cápsulas o tabletas) de los productos donados por VA que recibió, distribuyó, perdió y/o le sobraron en su inventario.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Productos** | **Inventario inicial**  (Número de dosis sobrantes del último informe anual) | **Número total de dosis recibidas de VA** | **Número total de dosis distribuidas** | **Número total de dosis perdidas** | **Número total de dosis sobrantes en el inventario** |
| Vitamina A 100,000 UI  (cápsula azul) |  |  |  |  |  |
| Vitamina A 200,00 UI  (cápsula roja) |  |  |  |  |  |
| Albendazol 400 mg |  |  |  |  |  |
| Suplementos de multivitaminas para mujeres embarazadas |  |  |  |  |  |

1. En la tabla a continuación, proporcione un desglose del número total de dosis distribuidas por ubicación de distribución. Enumere todos los lugares donde se distribuyeron los productos donados por Vitamin Angels y registre el número total de dosis que se distribuyeron a los beneficiarios dentro de cada ubicación de distribución.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Informe de lugares de distribución** | | | | | |
| **Lugar de distribución** | | **Dosis de**  **vitamina A**  **100,000 UI** | **Dosis de**  **vitamina A**  **200,000 UI** | **Dosis de albendazole** | **Dosis de SMMS para embarazadas** |
| Estado (Ejemplo: Zacatecas) | Municipio (Ejemplo: Fresnillo) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **# Total de dosis distribuidas:** | |  |  |  |  |
| \* Si se necesita más filas, continúe en la tabla al final del informe. | | | | | |

1. (Si aplica) Indique las fechas de vencimiento para cada producto sobrante en el inventario:

1. (Si aplica) Describa su plan de distribución para cualquier producto sobrante y cuándo estima que será utilizado.

1. (Si aplica) Explique la razón de la pérdida de cualquier producto.

### **Distribución a beneficiarios**

1. ¿Hasta qué punto coordinó su distribución con el gobierno?

Somos una entidad gubernamental/autoridad sanitaria

O

*Seleccione todas las opciones que correspondan*

Se informó al Gobierno/autoridad sanitaria sobre los planes de distribución y actividades

Se compartieron los datos de distribución con el gobierno/autoridad sanitaria relevante

El gobierno/autoridad sanitaria estuvo directamente involucrada con la distribución

No se coordinó. Por favor explique por qué:

1. ¿Estos datos serán incluidos en la cobertura gubernamental y en sus reportes de distribución?

Si  No  No estoy seguro

Por favor explique:

1. Describa su método de distribución de los productos donados por Vitamin Angels. *Seleccione todas las opciones que correspondan.*

Distribución de vitamina A y/o desparasitantes:

Campañas (es decir, 1-3 campañas de salud infantil por año)

Rutina (visitas planeadas en curso)

Distribuciones oportunistas con programas existentes

Otros:

Distribución de multivitaminas para mujeres embarazadas:

Campaña (es decir, eventos de salud 1-3 veces por año)

Cuidados prenatales o visitas clínicas

Otros:

1. ¿La mayoría de los niños recibieron dos dosis de suplementación de vitamina A por año?

Si  No, por favor explique:

1. Si proporcionó productos de Vitamin Angels a beneficiarios fuera del grupo objetivo, por favor explique por qué:
2. Vitamina A *(el grupo objetivo de Vitamin Angels es únicamente niños entre 6 a 59 meses de edad):*
3. Albendazol *(el grupo objetivo de Vitaimin Angels es únicamente niños de entre 12 y 59 meses de edad):*
4. Multivitamina *(el grupo objetivo de Vitamin Angels es únicamente mujeres embarazadas):*
5. Cuántas personas (es decir, personal/proveedores de servicios) distribuyeron productos a los beneficiarios en este ciclo de donación:
6. Vitamina A y desparasitación:
7. SMM para mujeres embarazadas:
8. ¿Cuenta con información adicional o sugerencias que quisiera compartir con Vitamin Angels?

### **Certificación del Informe**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la Organización: | Nombre de la persona de contacto: |
| Fecha: | Título: |

### **Apéndice**

*INFORME DE DISTRIBUCIÓN CONTINUADO: si necesita más filas, continúe aquí:*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Informe de lugares de distribución** | | | | | |
| **Lugar de distribución** | | **Dosis de**  **vitamina A**  **100,000 UI** | **Dosis de**  **vitamina A**  **200,000 UI** | **Dosis de albendazole** | **Dosis de SMMS para mujeres embarazadas** |
| Estado (Ejemplo: Zacatecas) | Municipio (Ejemplo: Fresnillo) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **# Total de dosis distribuidas:** | |  |  |  |  |