Informe anual de Vitamin Angels

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de la organización:**       | **País de operación:**        |

### **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 micronutrientes múltiples (SMM) para mujeres embarazadas |       |       |       |       |       |

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.

1. Indique los lugares donde se distribuyeron los productos donados por VA.

|  |  |
| --- | --- |
| **1er nivel**(es decir, Estado/Provincia) | **2º nivel**(es decir, Distrito/Municipio) |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |

### **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) O Distribuciones oportunistas con programas existentes

[ ]  Otros:

Distribución de SMM 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. SMM *(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:       |