

FORMULARIO N° 004-DPNNA

FORMULARIO N° 004 – DPNNA SOLICITUD – FICHA DE RENOVACIÓN DE INSCRIPCIÓN

Solicita Renovación de Inscripción

Señores
Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables – MIMP
Presente.-

..... con RUC N°
..... y Código del Registro Central de Instituciones del MIMDES N°
..... debidamente representada por su,
Señor....., identificado con D.N.I....., y
señalando domicilio legal en
.....; ante Usted nos
presentamos y decimos:

Que, de acuerdo con lo establecido en el literal e) del Artículo 29° del Código de los Niños y Adolescentes, Solicitamos tenga a bien disponer la Renovación de la Inscripción de nuestra institución en el Registro Central de Instituciones de la Dirección de Políticas sobre Niñas, Niños y Adolescentes de la Dirección General de Niñas, Niños y Adolescentes del MIM, así como el otorgamiento de la respectiva constancia, para lo cual cumplimos con adjuntar los requisitos establecidos para el efecto.

De igual modo, precisamos que conocemos la Legislación Peruana en lo referente a la atención de las niñas, niños y adolescentes y nos sometemos a ella para todo efecto legal; del mismo modo, hacemos de su conocimiento que contamos con los recursos financieros necesarios para la ejecución de los diferentes programas y proyectos que llevamos a cabo a favor de la niñez y la adolescencia.

Asimismo, declaro bajo juramento que el presente documento, los anexos adjuntos (04), así como toda documentación presentada en el marco de este procedimiento administrativo, es auténtica, de acuerdo con lo establecido en el numeral 41.1.1 del numeral 41.1 del artículo 41° de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, modificado por el Decreto Legislativo N°1272, Decreto Legislativo que modifica a la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y deroga la Ley N° 29060, Ley del Silencio Administrativo.

Por lo antes expuesto, pedimos a Usted acceder a lo solicitado con arreglo a Ley.

Lima, de del

Nombre, firma y sello del Representante



ANEXO N° 01

FICHA DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

Por favor, **NO LLENE** los espacios sombreados. Utilice computadora o letra de imprenta.

I. DATOS GENERALES

1. Número de identificación		Fecha de solicitud:
2. Nombre de la institución		
3. Siglas		4. Fecha de creación / /

Escribir fecha según el formato dd/mm/aaaa, ejemplo: 03/07/1996

4. Número de R.U.C.	
---------------------	--

* Si no tuviera indique el motivo.

5. Inscripción en la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos	
5.1. N° de partida registral	
5.2. Oficina registral	
5.3. Zona Registral	

6. Número y fecha de constancia anterior	
--	--

* Indicar el número y fecha de la constancia de inscripción previa sólo si se tratara de una reinscripción.

II. DATOS DEL RESPONSABLE

1. Apellidos y nombres completos		
2. Cargo		
3. Teléfono		

III. UBICACIÓN FÍSICA DE LA INSTITUCIÓN

1. Dirección de la sede principal (Urb/Av/Jr/etc)			
• Departamento/Provincia/Distrito *			
• Teléfono(s), (señalando el código del departamento)		• Fax	
• Dirección página Web		• E-Mail	
• Horario de atención			
• El local que tiene es:	Propio <input type="checkbox"/> Alquilado <input type="checkbox"/> Cedido en uso <input type="checkbox"/>		

* Ejemplo: Loreto/Maynas/Iquitos.



Firma del responsable y sello de la institución

Fecha: / /

IV. OBJETIVO PRINCIPAL DE LA INSTITUCIÓN

V. CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL A SU CARGO

-
-
-
-

VI. OBSERVACIONES

* Escribir el comentario o sugerencia que considere pertinente.

Fecha: / /



Firma del responsable y sello
de la institución

ANEXO N° 2

FICHA DE RENOVACIÓN DE ACREDITACIÓN CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL - CAR

(Hogares, Casas Hogares, Albergues, Aldeas, Villas, Centros Tutelares u otras denominaciones)

Por favor, **NO LLENE** los espacios sombreados, computadora o letra de imprenta y asegúrese de llenar **TODOS** los recuadros.

I. DATOS GENERALES DEL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL

1. Nombre del CAR	
2. Fecha de inicio del CAR.	/ /
3. Fecha de culminación del CAR.	/ /

*Escribir fecha según el formato dd/mm/aa, ejemplo: 03/07/1996

4. Tipo de del CAR (marcar sólo una categoría, éstas son excluyentes)
Albergue Provisional o Transitorio <input type="checkbox"/> Albergue de Internamiento <input type="checkbox"/> Centro Residencial de Rehabilitación <input type="checkbox"/> Centro de Cuidado Diurno <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>

5. Modalidad de atención	Abierta <input type="checkbox"/> Cerrada <input type="checkbox"/> Semiabierta <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>
--------------------------	---

II. DATOS DEL RESPONSABLE DEL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL HOGAR

1. Apellidos y nombres completos	
2. Cargo	
3. Teléfono	

III. UBICACIÓN FÍSICA DEL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL

1. Dirección (Urb./Av./Jr./etc.)	
• Departamento/Provincia/Distrito *	
• Teléfono(s)	• Fax
• Horario de atención	
• El local donde funciona es:	Propio <input type="checkbox"/> Alquilado <input type="checkbox"/> Cedido en uso <input type="checkbox"/>

* Ejemplo: Loreto/Maynas/Iquitos.

IV. INFORMACIÓN TÉCNICA

1. Objetivo principal del CAR

2. Líneas de Actividad (Consultar tabla 2, colocando el código en la parte sombreada)	



3. Población Objetivo. Indicar un máximo de tres poblaciones objetivo (consultar tabla 1)									
Descripción	Población objetivo 1			Población objetivo 2			Población objetivo 3		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Rango de edad									
0 - 2 años									
3 - 5 años									
6 - 9 años									
10 - 12 años									
13 - 15 años									
16 < 18 años									
TOTAL									

• Si tuviera rangos de edad diferente a los establecidos, indique en la fila en blanco el rango que está informando.

4. Modalidad de Ingreso									
Modalidad	Resolución Judicial <input type="checkbox"/>			Resolución Administrativa <input type="checkbox"/>			Otro (especificar) <input type="checkbox"/>		
Rango de edad	M	F	T	M	F	T	M	F	T
0 - 2 años									
3 - 5 años									
6 - 9 años									
10 - 12 años									
13 - 15 años									
16 < 18 años									
TOTAL									

5. Zona de influencia (Indicar nombre de departamentos, provincias y distritos -según sea el caso-de donde proviene la población objetivo).									
•									
•									
•									
•									

6. Ámbito de acción	Urbano <input type="checkbox"/>	Rural <input type="checkbox"/>	Urbano Marginal <input type="checkbox"/>
---------------------	---------------------------------	--------------------------------	--

* Marcar con un aspa el(los) recuadro(s) que considere conveniente.

7. Recursos Humanos			
(01) Médicos pediatras		(09) Comunicadores	
(02) Otros tipos de médicos		(10) Educadores	
(03) Personal paramédico		(11) Administrativos	
(04) Psicólogos		(12) Personal de servicio	
(05) Sociólogos		(13) Personal de cocina	
(06) Abogados		(23) Promotores defensores	
(07) Nutricionistas		(31) Voluntarios	
(08) Asistentes Sociales		(33) Madres de familia	
(99) Otros			

*Indique el número de personas que se encuentran actualmente laborando para cada caso. En otros especifique número y tipo de profesional.



8. Presupuesto y fuentes de financiamiento

Rubros	Valor *	Fuente principal de financiamiento
Operativos o administrativos		
Programa		
Inversión		
TOTAL		

*Presupuesto total del programa o proyecto, indicar duración del mismo. Si no fuera posible esta información indicar presupuesto del año en que solicita su inscripción. En nuevos soles corrientes, en caso de conversión monetaria, indicar la moneda de origen y tipo de cambio.

9. Servicios (marcar el o los servicios con que cuenta)

Instalación de agua <input type="checkbox"/>	Instalación de desagüe <input type="checkbox"/>	Instalaciones eléctricas <input type="checkbox"/>
Servicios higiénicos <input type="checkbox"/>	Cocina <input type="checkbox"/>	Instalaciones de gas <input type="checkbox"/>

10. Infraestructura

• Área total disponible (m ²)	
• Área total construida (m ²)	
• Área libre (incluye instalaciones deportivas, huertos y jardines, m ²)	
• Número de habitaciones (para dormitorio)	
• Número total de camas	• Número total de cunas

VI. Incluir copia de formatos o documentos impresos usados para sistemas de evaluación del programa, proyecto, comedor, albergue u hogar que está declarando.

VII. ADJUNTAR EL REGLAMENTO INTERNO DEL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL

* De conformidad con lo estipulado en el Manual de Acreditación y Supervisión para Centros de Atención Residencial de Niñas, Niños y Adolescentes sin cuidados parentales (Resolución Ministerial N° 081-201-MIMP)

VIII. OBSERVACIONES

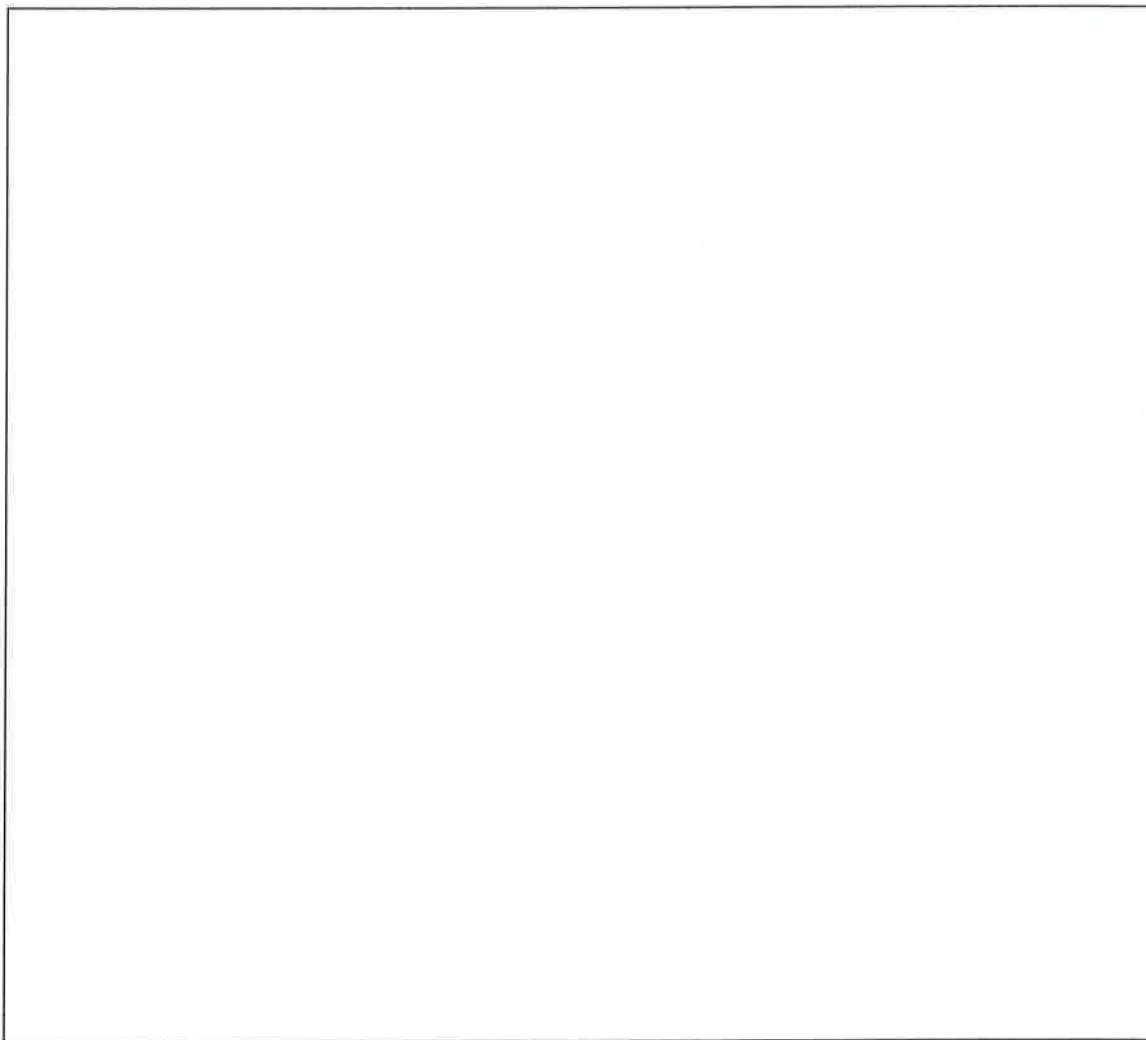
(*). Escribir cualquier comentario o sugerencia que considere pertinente.



Firma del responsable (del programa, proyecto, comedor, albergue u hogar) y sello de la institución

Fecha: / /

Precisar croquis de ubicación de los proyectos que ejecuten, en caso de no ser desarrollados en la misma sede institucional (*)



(*) Agregar las hojas que sean necesarias

ANEXO N° 3

PLAN DE TRABAJO¹

INTRODUCCIÓN

Un plan de trabajo es un instrumento de planificación. Entendiendo planificación como un proceso de concertación que por su carácter dinámico, evoluciona y se adecua a un contexto social, espacial y temporal.

Una etapa importante de la planificación es la etapa de diagnóstico del contexto social, económico, político y cultural que nos permitir definir una problemática para cambiarla, transformarla o mejorarla.

CONCEPTOS GENERALES

El plan de trabajo como instrumento de planificación, ordena y sistematiza información de modo que pueda tenerse una visión del trabajo a realizar, así nos indica: objetivos, metas, actividades, responsables y cronograma.

¿POR QUÉ SE HACE UN PLAN DE TRABAJO?

- Porque es práctico.
- Ordena lógica y secuencialmente la fase de ejecución.
- Permite realizar el seguimiento de la ejecución y ayuda a la reprogramación.
- Facilita el proceso de evaluación.



¹ Este documento ha sido elaborado tomando como referencia el folleto "Instrumentos de Planificación", Elsa Zuloaga, PAED/DESCO y el libro "Hagamos un plan local de acción por la infancia", UNICEF.

ESQUEMA DE PLAN DE TRABAJO

I. IDENTIFICACIÓN

- a. Nombre de la Institución :
- b. Representante :
- c. Integrantes de la Directiva :
- d. Período :
- e. Ámbito de Acción :

II. FUNDAMENTACIÓN O JUSTIFICACIÓN

III. CUADRO RESUMEN

OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLE

IV. RECURSOS

- 5.1 HUMANOS
- 5.2 INFRAESTRUCTURA
- 5.3 MATERIALES
- 5.3 INSTITUCIONALES

V. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

VI. EVALUACIÓN



ANEXO N° 4

PERSONAL QUE TRABAJA EN LA INSTITUCIÓN (*)

	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	PROFESION	CARGO
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					

(*) La institución deberá consignar la relación total del personal con el cual labora

