



PERÚ

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

FORMULARIO N° 01-DPNNA

SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE CENTROS DE ACOGIDA RESIDENCIAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

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

La (institución pública, privada o mixta), con RUC
Nº.....; debidamente representada por
....., identificada/o con documento de identidad (D.N.I./ carnet de extranjería) N°
....., ante usted me presento y expongo:

Que, de acuerdo con lo establecido en el artículo 79 del Decreto Legislativo N° 1297, Decreto Legislativo
para la Protección de Niñas, Niños y Adolescentes sin Cuidados Parentales o en Riesgo de Perderlos,
solicito en nombre de la institución que represento, tenga a bien dar trámite al procedimiento de
Acreditación de nuestro Centro de Acogida Residencial (de Urgencia/Básico/Especializado)
..... con perfil (si es especializado, debe indicar el perfil de
atención)....., para su incorporación en el Registro Central de Instituciones de la
Dirección de Políticas de Niñas, Niños y Adolescentes de la Dirección General de Niñas, Niños y
Adolescentes del MIMP.

Asimismo, declaramos reconocer 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 las condiciones y requisitos para su funcionamiento y con los recursos
financieros necesarios para la ejecución de las actividades concernientes al Centro de Acogida Residencial,
en conformidad con el Reglamento del Decreto Legislativo antes señalado.

En tal sentido, declaro bajo juramento que el presente documento, los anexos adjuntos, así como toda
documentación presentada en el marco de este procedimiento administrativo, es auténtica.
Adicionalmente, me comprometo a presentar anualmente o cuando sea solicitado por el MIMP el Plan de
Trabajo del CAR y sus informes de seguimiento y evaluación respectivos, así como la actualización de los
datos de cada uno de los anexos adjuntos al presente.

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

Lima, de de



Firma y sello de la máxima autoridad de
la institución o de la/el representante legal



PERÚ

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

ANEXO 1

DATOS DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE ADMINISTRAR EL CENTRO DE ACOGIDA RESIDENCIAL

Por favor, NO LLENE los espacios sombreados.

Utilice computadora o letra de imprenta y asegúrese de llenar TODOS los recuadros.

I. DATOS GENERALES DE LA INSTITUCIÓN QUE ADMINISTRA EL CENTRO DE ACOGIDA RESIDENCIAL

Nombre de la institución			
Siglas		Fecha de creación de la institución (*):	/ /

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

Categoría institucional (marcar con aspa solo una de las categorías)		
Institución Privada <input type="checkbox"/>	Institución Pública <input type="checkbox"/>	Institución Mixta <input type="checkbox"/>

Inscripción en la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos (*)		
N° de partida registral		
Oficina registral		
Zona Registral		
Consejo Directivo con mandato vigente	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

(*) Llenar en caso de tratarse de instituciones privadas o mixtas.

Número de Registro Único de Contribuyentes - R.U.C. (*):	
--	--

(*) Si no tuviera indique el motivo.

Instituciones Públicas	
Dispositivo legal de creación (*)	
Documento de designación de la máxima autoridad (*)	

(*) Adjuntar copia de los documentos en caso no se encuentren publicados en el diario oficial "El Peruano".

Fecha de inscripción de la institución o fecha de la última renovación:	/ /	N° de constancia:	
---	-----	-------------------	--

II. DATOS DEL PRESIDENTE O REPRESENTANTE LEGAL DE LA INSTITUCIÓN

Apellidos y nombres completos	
Cargo	
Teléfono	

III. UBICACIÓN FÍSICA DE LA INSTITUCIÓN

Dirección de la sede principal (Urb/Av/Jr/etc.)			
Departamento/Provincia/Distrito	/	/	
Teléfono(s), (señalando el código del departamento)		Fax	
Dirección de página Web		Correo electrónico	
Horario de atención			
El local que tiene es (marcar con aspa)	Propio <input type="checkbox"/>	Alquilado <input type="checkbox"/>	Cedido en uso <input type="checkbox"/>





ANEXO 2

DATOS DEL CENTRO DE ACOGIDA RESIDENCIAL

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

I. DATOS GENERALES DEL CENTRO DE ACOGIDA RESIDENCIAL

Nombre del Centro de Acogida Residencial	
Fecha de inicio de actividades del Centro de Acogida Residencial	/ /
Fecha de culminación de actividades del Centro de Acogida Residencial	/ /

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

Tipo de Centro de Acogida Residencial (marcar con aspa solamente una categoría)	
Centro de Acogida Residencial de Urgencia <input type="checkbox"/>	Centro de Acogida Residencial Especializado <input type="checkbox"/>
Centro de Acogida Residencial Básico <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

En caso de ser Centro de Acogida Residencial Especializado, señalar el perfil de atención:	
--	--

II. DATOS DEL DIRECTOR DEL CENTRO DE ACOGIDA RESIDENCIAL

Apellidos y nombres completos				
Periodo de vigencia en el cargo de director	Desde	/ /	hasta	/ /
Teléfono		Correo electrónico		

III. UBICACIÓN FÍSICA DEL CENTRO DE ACOGIDA RESIDENCIAL

Dirección (Urb./Av./Ir./etc.)			
Departamento/Provincia/Distrito	/	/	
Teléfono(s)		Fax	
Correo electrónico			
El local donde funciona es	Propio <input type="checkbox"/>	Alquilado <input type="checkbox"/>	Cedido en uso <input type="checkbox"/>
Licencia de Funcionamiento (*)	Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>

(*) El CAR debe contar con Licencia de Funcionamiento vigente y cumplir con cada uno de los requisitos requeridos por la municipalidad que la emitió, entre ellos, el Certificado de Inspección Técnica de Seguridad en Edificaciones vigente, o documento que haga sus veces. En caso que la Licencia de Funcionamiento no haya sido emitida por una municipalidad de tipo A o B, se deberá adjuntar una copia de esta.

IV. INFORMACIÓN TÉCNICA

Objetivo del Centro de Acogida Residencial, logros y dificultades





IV. SEÑALAR LOS NOMBRE DE LOS CENTROS DE ACOGIDA RESIDENCIAL A SU CARGO

-
-
-
-
-

V. OBSERVACIONES (*)

* Escribir el comentario o sugerencia que considere pertinente.



Firma y sello de la máxima autoridad de la institución o de la/el representante legal

Fecha: / /

**PERÚ****Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables**

Población Objetivo									
Rango de edad	Marcar con un aspa la autoridad competente que dispone el ingreso de la niña, niño y adolescente al Centro de Acogida Residencial								
	Unidad de Protección Especial – MIMP		<input type="checkbox"/>	Poder Judicial		<input type="checkbox"/>	Otros (*)		<input type="checkbox"/>
	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									

(*) Especificar cómo ingresaron las niñas, niños y adolescentes al Centro de Acogida Residencial.

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

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.

Recursos Humanos: Señalar la cantidad de personas que trabajan en el CAR			
Médicos pediatras		Personal de transporte	
Otros tipo de profesionales del área de salud		Voluntarios	
Profesionales en psicología		Personal de limpieza o mantenimiento	
Profesionales en trabajo social		Otros(*):	
Profesionales en educación		-	
Abogados		-	
Personal administrativos		-	
Personal de cocina		-	
Personal de vigilancia		-	

(*)Indique el número de personas que se encuentran actualmente laborando por tipo de Centro de Acogida Residencial. En otros especifique número y tipo de profesional.

Presupuesto y fuentes de financiamiento		
Rubros	Valor *	Fuente principal de financiamiento
Presupuesto general		
Presupuesto por cada residente		
TOTAL		

* En soles corrientes, en caso de conversión monetaria, indicar la moneda de origen y tipo de cambio.

Servicios Básicos (marcar el o los servicios con que cuenta)
--





PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

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"/>
Servicio de Internet	<input type="checkbox"/>	Servicio de telefonía	<input type="checkbox"/>		

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

V. INCLUIR COPIA DE FORMATOS O DOCUMENTOS IMPRESOS USADOS PARA EL SISTEMAS DE EVALUACIÓN DEL CENTRO DE ACOGIDA RESIDENCIAL QUE ESTÁ DECLARANDO

VI. ADJUNTAR EL DOCUMENTO DEL REGLAMENTO INTERNO Y NORMAS DE CONVIVENCIA (*)

(*) De conformidad con lo estipulado en el Decreto Legislativo N° 1297, su Reglamento y normas complementarias.

VII. OBSERVACIONES

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



Firma y sello de la máxima autoridad de
la institución o de la/el representante legal

Fecha: / /



ANEXO 3

ESQUEMA DE PLAN DE TRABAJO

- I. Introducción
- II. Fundamentación o justificación
- III. Objetivo general
- IV. Objetivos específicos
- V. Meta
- VI. Cuadro Resumen (*)

Meta	Indicador	Actividad	Responsable	Fecha de inicio	Fecha de término	Cronograma de ejecución (semanas/meses)																	

(*) Utilizar la cantidad de hojas que considere necesarias.

VII. METODOLOGÍA

Incluir resultados que esperan alcanzar con la intervención de acuerdo a las actividades programadas.

VIII. RECURSOS

- 7.1 Humanos (incluir la red en la cual participan).
- 7.2 Materiales.
- 7.3 Institucionales.

IX. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

Presupuesto anual general y por residente.

X. EVALUACIÓN

De proceso y final de la ejecución del plan de trabajo (Incluyendo logros y dificultades).



Firma y sello de la máxima autoridad de la institución o de la/el representante legal

Fecha: / /