



PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

FORMULARIO N° 04-DPNNA

SOLICITUD DE RENOVACIÓN DE ACREDITACIÓN DEL CENTRO DE ACOGIDA RESIDENCIAL

Señores

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables – MIMP

Presente.-

La (institución pública, privada o mixta), con RUC N°.....; con Constancia de (acreditación/renovación) N°..... de fecha...../...../.....; 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 Renovación 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 renovación 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. Asimismo, 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.

Finalmente, manifiesto contar con el personal idóneo para laborar en el CAR, en conformidad a los literales g), j) y k) del artículo 113 del Reglamento del Decreto Legislativo N° 1297, Decreto Legislativo para la protección integral de niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales o en riesgo de perderlos, aprobado por Decreto Supremo N° 001-2018-MIMP. Para dicho efecto, declaro que obra en mi poder la siguiente documentación:

- Relación del personal que trabaja en el Centro de Acogida Residencial, de acuerdo al tipo de Centro, al perfil y las necesidades particulares de las niñas, niños y adolescentes.
- Hoja de vida actualizada de cada una de las personas que labora en el CAR.
- Documentación que acredite que el Equipo Técnico y el Personal de Atención Permanente cuenta con capacitación y experiencia en temática de niñez y adolescencia de acuerdo al perfil de atención del Centro, con una antigüedad no mayor a dos (02) años.





PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

- Informe psicológico de todo el personal que trabaja en el Centro de Acogida Residencial, el cual se encuentra expedido por una institución pública con una antigüedad no mayor a seis (06) meses, así como documentos que acrediten que ninguno tiene antecedentes penales, policiales ni judiciales.

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 del representante legal**





ANEXO 1

DATOS DEL CENTRO DE ACOGIDA RESIDENCIAL - CAR

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

I. INFORMACIÓN TÉCNICA

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 cocina	
Profesionales en trabajo social		Personal de vigilancia	
Profesionales en educación		Personal de limpieza o mantenimiento	
Abogados		Otros(*):	
Personal administrativos		-	

(*)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.

Dirección (Urb./Av./Jr./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. 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.

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

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

III. OBSERVACIONES

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



Firma del representante legal y sello
de la institución

Fecha: / /

