



PERÚ

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

FORMULARIO N° 05-DPNNA

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO CENTRAL DE INSTITUCIONES DE LA DIRECCIÓN DE POLÍTICAS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

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

La con RUC N° debidamente representada por su, Señor, identificado con D.N.I., 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 inscripción de nuestro organismos 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 MIMP 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, así como toda documentación presentada en el marco de este procedimiento administrativo es auténtica.

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 GENERALES DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE

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

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. Categoría institucional (marcar solo una de las categorías)		
(110) Asociación Civil <input type="checkbox"/>	(120) Asociación Religiosa <input type="checkbox"/>	(130) Organismo Comunal <input type="checkbox"/>
(140) Organización Internacional No Gubernamental <input type="checkbox"/>	(160) Fundación <input type="checkbox"/>	

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 de R.U.C. (*)	
-------------------------	--

(*) Si no tuviera indique el motivo.

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 de la región)		Fax	
Dirección página Web		Correo Electrónico	
Horario de atención			
El local que tiene es:	Propio <input type="checkbox"/>	Alquilado <input type="checkbox"/>	Cedido en uso <input type="checkbox"/>

IV. INFORMACIÓN TÉCNICA

1. Objetivo principal de la institución





PERÚ

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

3. Población objetivo. Indicar un máximo de tres poblaciones objetivo (consultar tabla 1). Si el programa está referido a capacitaciones sólo incluya nombres de poblaciones objetivo, no así el número de asistentes a la capacitación.

Table with 10 columns: Descripción, Población objetivo 1 (M, F, T), Población objetivo 2 (M, F, T), Población objetivo 3 (M, F, T). Rows include age ranges from 0-2 to 16 < 18 años, and a TOTAL row.

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

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

Table with 2 columns for listing zones of influence.

5. Ámbito de acción (*) Urbano [] Rural [] Urbano Marginal []

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

6. Recursos Humanos (*)

Table listing human resources with categories (01) Médicos pediatras, (02) Otros tipos de médicos, (03) Personal paramédico, (04) Psicólogos, (05) Sociólogos, (06) Abogados, (07) Nutricionistas, (08) Asistentes sociales, (09) Comunicadores, (10) Educadores, (11) Administrativos, (12) Personal de servicio, (13) Personal de cocina, (23) Promotores defensores, (31) Voluntarios, (33) Madres de familia, and (99) Otros.

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





PERÚ

Ministerio
de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables

7. 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.



**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

ANEXO 2

DATOS GENERALES DE LOS PROGRAMAS, PROYECTOS, ALBERGUES U HOGARES

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

I. DATOS GENERALES DEL PROGRAMA, PROYECTO, ALBERGUE U HOGAR

1. Nombre de la institución responsable	
2. Nombre del programa, proyecto, albergue u hogar	
3. Fecha de inicio del programa, proyecto, albergue u hogar (*)	/ /
4. Fecha de culminación del programa o proyecto (*)	/ /

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

II. DATOS DEL RESPONSABLE DEL PROGRAMA, PROYECTO, ALBERGUE U HOGAR

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

III. UBICACIÓN FÍSICA DEL PROGRAMA, PROYECTO, ALBERGUE U HOGAR

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"/>

III. INFORMACIÓN TÉCNICA

1. Objetivo principal del programa o proyecto

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





PERÚ

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

2. Programas ejecutados en forma conjunta con otras instituciones (*)	Tiempo de duración	Institución responsable

(*) No incluya aquellos programas, proyectos, albergues, hogares, de los cuales su institución es responsable, para estos casos debe llenar la ficha respectiva.

3. Referencias de instituciones con las cuales coordina			
Nombre	Cargo	Institución	Teléfono

4. Presupuesto y fuentes de financiamiento		
Rubros	Valor (*)	Fuente principal de financiamiento
Operativo o administrativo		
Programas		
Inversión		
Total		

(*) Presupuesto total de la institución del año en que solicita su inscripción. En soles corrientes. En caso de conversión monetaria, indicar la moneda de origen y tipo de cambio.

V. OBSERVACIONES

* Escribir cualquier comentario o sugerencia que considere pertinente.

Referencias de instituciones con las cuales coordina

NOMBRE	CARGO	INSTITUCIÓN	TELÉFONO



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

ANEXO 3

DATOS GENERALES DE LOS ORGANISMOS COMUNALES U ORGANISMOS EN CASO CUENTEN CON COMEDORES

1. Tipo de organismo comunal (*)	Comité del vaso de leche <input type="checkbox"/>	Comedor municipal <input type="checkbox"/>
	Comedor popular <input type="checkbox"/>	Comedor parroquial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>

(*) Marcar sólo una categoría, éstas son excluyentes.

2. Turnos de atención	Desayuno <input type="checkbox"/>	Almuerzo <input type="checkbox"/>	Comida <input type="checkbox"/>
3. Precio al público de la ración (en S/.)			
4. Número de raciones diarias			
5. Número de raciones diarias gratuitas			

6. Infraestructura			
• Área total disponible (m ²)		• Área construida (m ²)	
7. Servicios (marcar 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"/>	



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

ANEXO 4

DATOS GENERALES DE ORGANISMOS COMUNALES U ORGANISMOS PARA ALBERGUES U HOGARES:

1. Tipo de Albergue u Hogar (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"/>

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

3. 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"/>	

4. 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.



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

ANEXO 5

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

- 4.1 HUMANOS
- 4.2 INFRAESTRUCTURA
- 4.3 MATERIALES
- 4.4 INSTITUCIONALES

V. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

VI. EVALUACIÓN



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

Fecha: / /





ANEXO 6

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.



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

Fecha: / /