



Ministerio de Desarrollo Social de la Nación
Secretaría Nacional de Niños, Adolescencia y Familia

D - CARACTERÍSTICAS DEL ESPACIO FÍSICO (Detalle ACTUAL de cada ambiente del inmueble y su estado general)

	Posee	No posee	Cantidad	Estado edificio	Otras observaciones
Salón de usos múltiples		x			
Comedor		x			
Baños Adultos	x		1	Bueno	Es accesible
Baños Niños	x		2	Bueno	
Patio	x		2	Regular	
Oficina/s	x		1	Bueno	
Cocina		x			
Sala Bebés		x			
Sala 1	x		1	Bueno	Posee espacio de preparación de alimentos e higiene independiente
Sala 2	x		1	Bueno	Posee espacio de preparación de alimentos e higiene independiente
Sala 3	x		1	Bueno	Posee espacio de preparación de alimentos e higiene independiente
Sala 4		x			
Otros (Especificar)		x			

X

IF-2021-53665010-APN-SSPIN#SENNAF



Ministerio de Desarrollo Social de la Nación
Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia

E - SERVICIO ALIMENTARIO - Indique con una X lo que corresponda

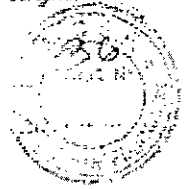
Desayuno	
Almuerzo	
Merienda	
Cena/Pre Cena	
Otros (Ej. Colación)	X

F - DESTINO DE LOS FONDOS A OTORGAR EN CONCEPTO DE SUBSIDIO INICIAL Y SUBSIDIO MENSUAL

Subsidio Inicial:

ADECUACIÓN EDILICIA/INFRAESTRUCTURA (Detalle de refacciones a realizar)
Zocalos - en 3 salas
Pisos vinílicos - en 3 salas
Puesta a punto eléctrica
Reacondicionamiento de Vereda
EQUIPAMIENTO (Detalle del equipamiento/mobiliario a adquirir)
3 Aires acondicionados
3 Estanterías
2 Microondas
Cortinas black out - en una sala
3 Ventiladores
MEDIDAS DE SEGURIDAD (Matafuegos, señalética, luces de emergencia, protección de vidrios, etc)
3 Protección de puertas
3 Luces de emergencia
CARTELERÍA DEL ESPACIO según normativa

IF-2021-53665010-APN-SSPIN#SENNAF



Ministerio de Desarrollo Social de la Nación
Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia

IMPORTANTE: cabe señalar que todo gasto detallado en el cuadro precedente que exceda el monto del subsidio inicial otorgado conforme el convenio de adhesión del presente al Plan Nacional de Primera Infancia, deberá ser absorbido por el Organismo presentante.

Subsidio Mensual: Detallar gastos operativos de funcionamiento del CDI a los cuales será destinado el presente:

- Leche
- Pañales
- Insumos de limpieza y sanitización
- Recarga de Matafuegos
- Insumos de librería
- Libros
- Insumos de farmacia
- insumos de Bazar
- Insumos de señalización
- Service Aires acondicionados
- Internet
- Servicio de Urgencias

IMPORTANTE: cabe señalar que todo gasto detallado en el cuadro precedente que exceda el monto del subsidio mensual otorgado conforme el convenio de adhesión al Plan Nacional de Primera Infancia, deberá ser absorbido por el Organismo presentante.

ACLARACIÓN: los ítems podrán ser modificados conforme las necesidades emergentes en el CDI o sugerencias de modificación por parte del equipo de la Subsecretaría de Primera Infancia.



Ministerio de Desarrollo Social de la Nación
Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia

G - FUNDAMENTACIÓN DE LA NECESIDAD DE ADHESIÓN DEL CDI AL PLAN NACIONAL DE PRIMERA INFANCIA:

La incorporación al Plan Nacional complementa los presupuestos municipales para ampliar el servicio público libre y gratuito y lograr intervenciones de calidad.

En el contexto de la Pandemia, observamos la necesidad de ampliar la oferta educativa y cultural en el espacio público siendo fundamental construir espacios de juegos en la vereda, iniciativa que ha fortalecido la relación con el barrio. Esto transparento la exigencia de tener objetivos para las infancias, generar ámbitos de disfrute y aprendizaje para compartir en familia, amplificar la experiencia de integración social, convivencia y cuidado. La presencia del Estado en la recuperación de una vereda en movimiento con propuestas lúdicas dignifica a la ciudadanía que manifestó la calidad de la propuesta.

Las intervenciones materiales fueron acompañadas por trabajadoras sociales, psicólogas, nutricionistas y docentes de artes para lograr una propuesta integral y focalizar necesidades.

El trabajo de un equipo interdisciplinar es esencial para toda la tarea realizada en función de la pandemia y en relación a la proyección de propuestas participativas y proyectos integrales

Dejo constancia que todos los datos consignados en el presente formulario revisten carácter de Declaración jurada.

Firma del Representante Legal: 

Aclaración: Raúl Emilio Jatón

Tipo y N° de Documento: DNI 13.070.760

Cargo o Función: Intendente de la ciudad de Santa Fe


Organismo: Municipalidad de la ciudad de Santa Fe


EMILIO JATÓN
INTENDENTE
SANTA FE DE LA VERA CRUZ

A

IF-2021-53665010-APN-SSPIN#SENNAF

Página 12 de 12


ES COPIA
NADIA ALVAREZ OPORTO
Jefa Depto. Legistación

"PLANILLA MENSUAL - NOMINA DE NIÑOS/AS ASISTENTES AL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL"

SUBSECRETARÍA DE PRIMERA INFANCIA
SECRETARÍA NACIONAL DE NIÑEZ ADOLESCENCIA Y FAMILIA

MES DE

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN: GUBERNAMENTAL O NO GUBERNAMENTAL:
NOMBRE DEL CENTRO O DE DESARROLLO INFANTIL:
MES AÑO
PROVINCIA:
LOCALIDAD:

Nº Orden	Sexo	Apellidos y Nombres	Documento		Nacionalidad	Categoría	Fecha de Nacimiento	Domicilio	Localidad	Teléfono	Adulto Responsable	Tipo de Documento	FV
			Tipo	Nº									
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													

EL PRESENTE FORMULARIO REVISTE CARÁCTER DE DECLARACIÓN

FIRMA RESPONSABLE: _____

ACLARACIONES: _____

(Handwritten signature/initials)

(Handwritten mark)

X

PLANILLA DE INFORME DE ESTADO DE AVANCE DEL PROYECTO

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN: (GUBERNAMENTAL O NO GUBERNAMENTAL)
NOMBRE DEL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL
PROVINCIA:
DEPENDENCIA:
PERIODO DE RENDICION:

1 - INFORMACIÓN GENERAL DEL CENTRO

Q

Director/a – Coordinador/a:

Domicilio:

Teléfono de Contacto:

Mail Institucional:

2

2 - MODALIDAD Y HORARIO DE FUNCIONAMIENTO

Tipo de Jornada (Marque con una X según corresponda)

Turno Mañana

Turno Tarde

Jornada Completa

Horario de Funcionamiento:

Turno Mañana

Turno Tarde

Jornada Completa

De	<input type="text"/>	hs.	a	<input type="text"/>	hs.
De	<input type="text"/>	hs.	a	<input type="text"/>	hs.
De	<input type="text"/>	hs.	a	<input type="text"/>	hs.

3 - SALAS (Completar de acuerdo a la modalidad de funcionamiento)

8

TURNO MAÑANA		
Sala	Cantidad de Salas	Cantidad de Niños/as
Sala de Bebés		
Sala 1 año		
Sala de 2 años		
Sala de 3 años		
Sala de 4 años		

X

[Handwritten signature]

Sala integrada (especificar edades)		
TURNO TARDE		
Sala	Cantidad de Salas	Cantidad de Niños/as
Sala de Bebés		
Sala 1 año		
Sala de 2 años		
Sala de 3 años		
Sala de 4 años		
Sala integrada (especificar edades)		
JORNADA COMPLETA		
Sala	Cantidad de Salas	Cantidad de Niños/as
Sala de Bebés		
Sala 1 año		
Sala de 2 años		
Sala de 3 años		
Sala de 4 años		
Sala integrada (especificar edades)		

MODULO 1

8

4- SEGURIDAD E HIGIENE (1)

Matafuegos

SI

NO

X

- Botiquín de Primeros Auxilios
- Desinfección
- Desinsectación / Desratización
- Análisis de potabilidad del Agua
- Seguro de Responsabilidad Civil
- Emergencias Médicas

1-Adjuntar los comprobantes correspondientes.

5- LEGAJOS DE LOS/AS NIÑOS/AS

Cantidad de Niños/as que poseen

Cantidad de Niños/as que no poseen

¿Qué medidas se adoptaron para regularizar la situación?

8

DNI
Aptos Médicos
Certificados de Vacunación

Observaciones:

*

APELLIDO Y NOMBRE	DNI	CARGO/FUNCION (en caso de maestra y auxiliar docente especificar sala)	TITULO (en caso de corresponder)	TIPO DE JORNADA	OBSERVACIONES
-------------------	-----	--	----------------------------------	-----------------	---------------

8

PROHIBIDA

X

[Handwritten signature]

8 - ARTICULACIÓN CON OTROS ORGANISMOS GUBERNAMENTALES Y NO GUBERNAMENTALES

[Handwritten mark]

[Watermark: MODELO 2010]

X

Firma de el/la Directora/a o Coordinador/a del CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL:

Aclaración:

Matrícula Profesional: (en caso de corresponder)

N° de Documento:

[Handwritten signature]
Gabriel Lerner
Secretario Nacional de Niñez,
Adolescencia y Familia

Fecha:

--	--	--	--

MODELO USG NO OFICIAL

[Handwritten signature]
Dr. María Belén
Subsecretaria de Promoción y Familia
Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia
Ministerio de Educación

[Handwritten signature]
EMILIO JATÓN
INTENDENTE
SANTA FE DE LA VERA CRUZ

[Handwritten signature]
ES COPIA

NADIA ALVAREZ OPORTO
Jefa Depto. Legislación

IF-2020-09426919-APN-SSPIN#SENAF