



ANEXO A

ORGANISMO: MUNICIPALIDAD DE SANTA FE									
EXPEDIENTE COLECTIVO	EXPEDIENTE	NOMBRE DEL CDI	LOCALIDAD	PROVINCIA	PROYECTO	CANTIDAD DE NIÑOS	SUBSIDIO INICIAL	SUBSIDIO MENSUAL	TOTALES
EX-2021-42513686-- APN-SSPIN#SENN AF	EX-2021-36543063-- APN-DNPDPI#SENN AF	JARDÍN MUNICIPAL LA GUARDIA	SANTA FE	SANTA FE	IF-2021-35810151- APN-DNPDPI#SENN AF	86	\$ 420.000,00	\$ 928.800,00	\$ 1.348.800,00
	EX-2021-36538244-- APN-DNPDPI#SENN AF	JARDÍN MUNICIPAL CHALET	SANTA FE	SANTA FE	IF-2021-36022280- APN-DNPDPI#SENN AF	152	\$ 420.000,00	\$ 1.641.600,00	\$ 2.061.600,00
	EX-2021-36550175-- APN-DNPDPI#SENN AF	JARDÍN MUNICIPAL VILLA HIPÓDROMO	SANTA FE	SANTA FE	IF-2021-33047785- APN-DNPDPI#SENN AF	86	\$ 420.000,00	\$ 928.800,00	\$ 1.348.800,00
TOTALES						324	\$ 1.260.000,00	\$ 3.499.200,00	\$ 4.759.200,00

Gabriel Lerner
Secretario Nacional de Niñez,
Adolescencia y Familia

Gabriel Lerner
Secretario Nacional de Niñez,
Adolescencia y Familia
Ministerio de Desarrollo Social de la Nación

Emilio Jatón
EMILIO JATÓN
INTENDENTE
SANTA FE DE LA VERA CRUZ

ES COPIA

NADIA ALVAREZ OPORTO
Jefa Depto. Legislación

IF-2021-42527915-APN-SSPIN#SENNAF

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

SUBSECRETARÍA DE PRIMERA INFANCIA
SECRETARÍA NACIONAL DE NIÑEZ ADOLESCENCIA Y FAMILIA

NOM. N° DE

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

N° Orden	Sexo	Apellido y Nombre	Documento		Nacionalidad	Código	Fecha de Nacimiento	Estrato	Localidad	Teléfono	Adulto Responsable	Tipo de Documento	Vig.
			Tipo	N°									
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: _____

ACLARACION: _____

(Handwritten mark)

IF-2020-09426919-APN-SSPIN#SENNAF

4

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:

Q

1 - INFORMACIÓN GENERAL DEL CENTRO

Director/a – Coordinador/a:

Domicilio:

Teléfono de Contacto:

Mail Institucional:

MODELO USU NO CATE

2 - MODALIDAD Y HORARIO DE FUNCIONAMIENTO

Tipo de Jornada (Marque con una X según corresponda)

Turno Mañana

Turno Tarde

Jornada Completa

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

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)

Sala	TURNO MAÑANA	
	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		

f

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)		

8

4- SEGURIDAD E HIGIENE (1)

Matafuegos

SI

NO

IF-2020-09426919-APN-SSPIN#SENNAF

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:

