

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

Director/a – Coordinador/a:

Domicilio:

Teléfono de Contacto:

Mail Institucional:

IF-2020-09426919-APN-SSPIN#SENNAF

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

hs.

a

De

hs.

a

De

hs.

a

hs.

hs.

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		

IF-2020-09426919-APN-SSPIN#SENNAF

8

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

2

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

8

Cantidad de Niños/as que poseen

Cantidad de Niños/as que no poseen

¿Qué medidas se adoptaron para regularizar la situación?

DNI
Aptos Médicos
Certificados de Vacunación

Observaciones:

4

Handwritten signature

7. ABORDAJE DE CASOS (Indique si durante este período ha realizado alguna intervención en relación a situaciones emergentes de los/as niños/as asistentes y/o sus familias. En caso afirmativo indique datos y tipo de intervención realizada)

8

Empty table with 15 rows and 1 column

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

Aclaración:

Matrícula Profesional: (en caso de corresponder)

Nº de Documento:

Gabriel Lerner
Secretario Nacional de Niñez,
Adolescencia y Familia

Fecha:

--	--	--

Lic. María Inés Vico
Subsecretaria de Niñez,
Adolescencia y Familia
Ministerio de Desarrollo Social

EMILIO JATÓN
INTENDENTE
SANTA FE DE LA VERA CRUZ

ES COPIA

NADIA ALVAREZ OPORTO
Jefa Depto. Legislación

IF-2020-09426919-APN-SSPIN#SENNAF