

FORMULARIO DE PROYECTO	CÓDIGO _____
-------------------------------	---------------------

Nombre del Proyecto _____ **Sigla** _____

Nombre de la Entidad _____ **Código N°** _____

Fecha Ingreso a INAU ____/____/____ **Año de Inicio de Actividades** _____

Modalidad (ver valor en catálogo) _____

Perfil (ver valor en catálogo) _____

Objetivos Anuales _____

Observaciones _____

Horario : Desde _____ Hasta _____

N° de Cobro _____

(Sólo para los Hogares de Acogimiento Familiar)

RESPONSABLE

1er. Nombre: _____ **Otros Nombres** _____

1er.Apellido: _____ **2do.Apellido** _____

Nacionalidad: _____ **C. I. N°** _____ **Fecha venc.** ____/____/____

Otro Documento: País emisor: _____ **N°** _____

Pasaporte: País emisor _____ **N°** _____ **Fecha venc.** ____/____/____

Credencial: Serie _____ **N°** _____

Relación con INAU (ver valor en catálogo) _____

DATOS DE CONTACTO

Definición de Ubicación

País _____ **Departamento** _____ **Ciudad** _____

Región _____ **Zonal** _____ **Barrio** _____

Calle _____ **Entre** _____

Y _____ **Ruta/ Camino** _____

**INSTITUTO DEL NIÑO Y ADOLESCENTE DEL URUGUAY
SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA INFANCIA**

N° de Puerta _____ **Apartamento** _____ **Código Postal** _____

Centro Habitacional _____

Block / Torre _____ **Manzana** _____ **Solar** _____

Tipo de Zona _____ **Seccional Policial** _____

Observaciones _____

Teléfonos: Fijo _____ Fax _____ Celular _____

Capacidad del Proyecto _____

DATOS PARA LA LIQUIDACIÓN DE LOS CONVENIOS

Incluir en Liquidación? _____ **Cupo Firmado** _____ **N° de Resolución** _____ **Comienzo Liquidación:** ____ / ____

División Técnica _____ **Forma de Liquidación:** _____

Modelo de Atención : _____ **Definir Excepción Por:** **Edad hasta:** _____ **Cantidad de UR:** _____

Escala de Reintegro por : _____ **Nivel (Tiempo Completo)** _____

MANTENIMIENTO DE SERVICIOS (ver catálogo)

MANTENIMIENTO DE AREAS DE TRABAJO (ver Catálogo)

RELACIÓN JERÁRQUICA

Supervisor: 1er Nombre _____ Otros Nombres _____

1er.Apellido: _____ **2do.Apellido** _____

Nacionalidad: _____ **C:I N°** _____ **Fecha venc.** ____ / ____ / ____

Otro Documento: País emisor: _____ **N°** _____

Pasaporte: País emisor _____ **N°** _____ **Fecha venc.** ____ / ____ / ____

Credencial: Serie _____ **N°** _____

Unidad Organizacional: División: _____ **Programa:** _____

ACTIVIDADES del Proyecto

Nombre de la Actividades	Fecha de Inicio de la Actividad	Servicio que brinda la Actividad	Nombre del Centro donde se realiza la actividad

Definición de Población del Proyecto:

Edad: desde _____ hasta _____ **Sector:** Rural Urbano **Sexo:** Fem Masc Ambos

Servicios que brinda a la Población: (igual o menor a los incorporados pág. 4) _____

Edad: desde _____ hasta _____ **Sector:** Rural Urbano **Sexo:** Fem Masc Ambos

Servicios que brinda a la Población: (igual o menor a los incorporados pág. 4) _____

Edad: desde _____ hasta _____ **Sector:** Rural Urbano **Sexo:** Fem Masc Ambos

Servicios que brinda a la Población: (igual o menor a los incorporados pág. 4) _____

MANTENIMIENTO DE RECURSOS HUMANOS

Ingrese aquí los recursos humanos utilizados del centro.

**INSTITUTO DEL NIÑO Y ADOLESCENTE DEL URUGUAY
SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA INFANCIA**

FUNCIÓN	RELACIÓN CONTRACTUAL					
	Presupuestados		Contratados		Voluntarios	
	Cantidad	Cantidad de horas semanales	Cantidad	Cantidad de horas semanales	Cantidad	Cantidad de horas semanales
Abogada/o						
Administrativa/o						
Trabajador/a Social						
Ayudante de cocina						
Chofer						
Cocinera/o						
Coordinador de turno						
Coordinador general						
Costurera						
Ecónoma/o						
Educador/a						
Educador/a Social						
Enfermera/o						
Personal de contención						
Maestra/o						
Maestra especializada Educación Inicial						
Médico						
Nutricionista						
Odontólogo						
Ayudante técnico						
Personal de mantenimiento						
Procurador/a						
Profesor/a de educación física						
Profesor de taller						

**INSTITUTO DEL NIÑO Y ADOLESCENTE DEL URUGUAY
SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA INFANCIA**

Psicóloga/o						
Psicomotricista						
Psiquiatra						
Director/a Administrativo						
Director/a						

MANTENIMIENTO DE RECURSOS HUMANOS

Ingrese aquí los recursos humanos **propios** del Proyecto

FUNCIÓN	RELACIÓN CONTRACTUAL					
	Presupuestados		Contratados		Voluntarios	
	Cantidad	Cantidad de horas semanales	Cantidad	Cantidad de horas semanales	Cantidad	Cantidad de horas semanales
Abogada/o						
Administrativa/o						
Trabajador/a Social						
Ayudante de cocina						
Chofer						
Cocinera/o						
Coordinador de turno						
Coordinador general						
Costurera						
Ecónoma/o						
Educador/a						
Educador/a Social						
Enfermera/o						
Personal de contención						
Maestra/o						
Maestra especializada Educación Inicial						

**INSTITUTO DEL NIÑO Y ADOLESCENTE DEL URUGUAY
SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA INFANCIA**

Médico						
Nutricionista						
Odontólogo						
Ayudante técnico						
Personal de mantenimiento						
Procurador/a						
Profesor/a de educación física						
Profesor de taller						
Psicóloga/o						
Psicomotricista						
Psiquiatra						
Director/a Administrativo						
Director/a						

MANTENIMIENTO DE RECURSOS MATERIALES

**INSTITUTO DEL NIÑO Y ADOLESCENTE DEL URUGUAY
SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA INFANCIA**

NOMBRE	Descripción	Cantidad
Biblioteca	Si =1 No = 0	
Calefacción	con garantías = 2, sin garantías = 1, no tiene =0	
Cantidad de baños	Cantidad de baños	
Cantidad de camas	Cantidad de camas	
Cantidad de dormitorios	Cantidad de dormitorios	
Cantidad de otros salones	Cantidad de otros salones	
Cocina independiente	Si =1, no =0	
Cocina - Comedor	Si =1, no =0	
Comedor independiente	Si = 1, no =0	
Condiciones edilicias adecuadas	si = 1, no = 0	
Dispensa	Si =1,no = 0	
Materiales didácticos suficientes y adecuados	si = 1, no = 0	
Metros cuadrados edificados	Metros cuadrados edificado	
Metros cuadrados utilizados	Metros cuadrados utilizados	
Total metros cuadrados	Total de metros cuadrados	

**INSTITUTO DEL NIÑO Y ADOLESCENTE DEL URUGUAY
SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA INFANCIA**

Nombre del Centro donde se desarrolla el Proyecto: _____

Es referente: **SI** **o** **NO**

Observaciones: _____

Firma del Responsable _____

Aclaración: _____

Fecha: _____