

ANEXO 2
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE ACREDITACIÓN, INCORPORACIÓN Y REVALIDACIÓN DE EDUCACIÓN BÁSICA
INSTALACIONES DEL CENTRO DE ATENCIÓN INFANTIL (CAI)

El que suscribe _____, **BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD**, manifiesta que se cuenta con las instalaciones necesarias, de acuerdo a lo previsto por el artículo 98, 99, 101, 146, 147, 149 y 151 de la Ley General de Educación, el artículo 41, 42, 46, 47, 48, 49, 49 Bis y 50 de la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil, de conformidad con los siguientes datos:

I. DATOS GENERALES DEL INMUEBLE

Calle: _____ N° Ext. _____ N° Int. _____
Colonia: _____ Municipio: _____
Localidad: _____ Entidad: _____
C.P.: _____ Tel. Oficina: _____ Tel. Celular: _____ Correo Electrónico _____

2. ACREDITACIÓN LEGAL DEL INMUEBLE

a) Escritura Pública Tratándose de Inmuebles Propios.

Número _____, de fecha _____, pasada ante la fe del Notario Público N° _____, de _____, Lic. _____, e inscrita en el Registro Público de la Propiedad con fecha _____, bajo el número de folio _____

b) Contrato de Arrendamiento.

Arrendador: _____
Arrendatario: _____
Fecha del contrato: _____
Vigencia: _____
Inmueble destinado para: _____
Registrado ante: _____, con fecha _____

c) Contrato de Comodato.

Comodante: _____
Comodatario: _____
Fecha del contrato: _____, Vigencia: _____
Inmueble destinado para: _____
Ratificado en sus firmas ante el Notario Público N° _____ de _____, Lic. _____, con fecha _____.

d) Otro _____
(Especifique)

Observaciones:

3. CONSTANCIA DE SEGURIDAD ESTRUCTURAL

- En el caso de que sea expedida por autoridad competente:

Autoridad que la expide: _____

Fecha de expedición: _____ Vigencia: _____

- En el caso de que sea expedida por perito particular:

Nombre del perito: _____

Registro de perito número: _____ Vigencia del Registro: _____

Autoridad que expide el registro: _____

Fecha de expedición de la constancia: _____ Vigencia de la constancia: _____

4. CONSTANCIA DE USO DE SUELO

Autoridad que la expide: _____

Fecha de expedición: _____ Vigencia: _____

5. AUTORIZACIÓN DE PROTECCIÓN CIVIL

Autoridad que la expide: _____

Fecha de expedición: _____ Vigencia: _____

6. PLAN INTERNO DE PROTECCIÓN CIVIL

- En el caso de que sea expedido por autoridad competente:

Autoridad que la expide: _____

Fecha de expedición: _____ Vigencia: _____

- En el caso de que sea expedida por consultor o capacitador externo:

Nombre del especialista: _____ Registro ante Protección Civil: _____

Autoridad que la expide: _____

Fecha de expedición: _____ Vigencia: _____

7. DESCRIPCIÓN DE INSTALACIONES ESPECÍFICAS PARA EL SERVICIO A INCORPORAR

Dimensiones (m²)

Predio	Construido	Tipo de suelo	
Número de niveles en la edificación, considerando sótano, tapancos, etc.	Capacidad de atención del inmueble en número de alumnos	Capacidad de atención de alumnos con discapacidad	
Capacidad instalados de alumnos			

Área cívica

Superficie (m²) _____

Asta bandera: SI () NO ()

Tipo de estudios que se imparten en el local actualmente (Indicar Número de Alumnos)

Educación básica

Educación media

Educación superior

Otro (especifique) _____

Instalaciones administrativas (indicar si cuenta con ellas)

Nº	Instalaciones para	Sí	No
1	Vestíbulo o recepción		
2	Dirección		
3	Área secretarial		
4	Servicio médico		
5	Usos múltiples		
6	Servicio trabajo social		
7	Servicio pedagógico		
8	Servicio de nutrición		
9	Servicio psicológico		

Salas (Lactantes y Maternales)

Número Total	Capacidad promedio (cupó de alumnos) por aula	Superficie (m ²)	Altura

Ventilación Natural
SI () NO ()

Iluminación Natural
SI () NO ()

Cubículos

Cubículo	Destinado a:	Capacidad promedio	Superficie (m ²)

Ventilación Natural
SI () NO ()

Iluminación Natural
SI () NO ()

Sanitarios

	Número de Retretes	Número de Mingitorios	Número de Lavabos	Número de Bebederos	Ventilación Natural	Iluminación Natural
Alumnado masculino					SI () NO ()	SI () NO ()
Alumnado femenino						
Personal masculino						
Personal femenino						

Otras Instalaciones

Nº	Área de:	SI	NO	Instalaciones o equipos propuestos
1	Comedor			
2	Cocina			
3	Almacén de víveres			
4	Área de Lactancia			
5	Sala de Lactancia			
6	Recursos materiales sala de lactancia			
7	Área de Maternales			
8	Banco de leche (lactario)			
9	Recreativa			
10	Bodega			
11	Lavandería			
12	Circulación			
13	Jardinería			

OTRAS (Especificar)

8. SEGURIDAD

Rutas de Evacuación SI () NO ()
Salidas de Emergencia SI () NO ()
Circuito cerrado SI () NO ()

Señalados adecuadamente SI () NO ()
Punto de Reunión SI () NO ()
Botiquín de Primeros Auxilios SI () NO ()

9. ACREDITACIÓN DE MEDIOS E INSTRUMENTOS PARA PRESTAR PRIMEROS AUXILIOS (Describir con los que cuente)

Nº	MEDIOS E INSTRUMENTOS	CARACTERÍSTICAS	CANTIDAD
1			
2			
3			
4			

10. RELACIÓN DE INSTITUCIONES DE SALUD ALEDAÑAS, SERVICIO DE AMBULANCIAS U OTROS SERVICIOS DE EMERGENCIA A LOS CUALES RECURRIRÁ LA INSTITUCIÓN EN CASO DE NECESIDAD

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____

11. EN CASO DE CONTAR CON SEGURO CONTRA ACCIDENTES, MENCIONE LA INSTITUCIÓN CON LA CUAL TIENE CONVENIO.

12. POLIZA DE SEGURO DEL INMUEBLE POR SINIESTRO CON DAÑOS A TERCEROS.

Aseguradora: _____ Número de Póliza: _____

Fecha de Expedición: _____ Periodo de vigencia: _____

Nombre y firma del representante legal