



INSTITUCIÓN EDUCATIVA "JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI" - LUQUIA – CUENCA – HUANCVELICA
CREADO CON RESOLUCION DIRECTORAL N° 01521-1999
"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

Luquia, 26 de mayo de 2020

OFICIO N° 035-2020-D.IE-JCM-L-C-UGEL-HVCA

SEÑOR : Lic. JORGE GASTON PEREZ LAZO
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL

HUANCVELICA. –

ASUNTO : Comunica determinación de modalidad del trabajo presencial y remoto-presencial del personal administrativo y CAS de la Institución Educativa "José Carlos Mariategui" de Luquia-Cuenca.

REFERENCIA : OF. MULT. N° 067-2020/GOB.REG-HVCA/GRDS-DREH-UGEL.HVCA

Es grato dirigirme a su digno despacho con la finalidad de hacerle extensivo el saludo cordial a nombre de la Institución Educativa "José Carlos Mariátegui", Centro Poblado Luquia, jurisdicción del distrito de Cuenca, provincia de Huancavelica.

El presente es para informar a Ud. la modalidad de trabajo de los trabajadores administrativos y el personal CAS de este plantel podrán en ejecución durante la vigencia de la declaratoria de emergencia sanitaria decretada por el gobierno central. En tal sentido, se ha acordado, previa reunión entre el personal mencionado, que se optará en dos modalidades, en consideración al cuidado de la salud de las personas que cumplen las diversas funciones en el colegio.

Las modalidades de trabajo se distribuyen según el cuadro adjunto al presente, de la misma manera se adjunta las declaraciones juradas del personal de vigilancia quienes cumplen su labor de manera presencial.

Es propicia la ocasión para reiterarle mi estima personal.

Atentamente.



REGISTRO DE LA DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL SEGÚN SU MODALIDAD DE TRABAJO

Nº	Apellidos y Nombres	NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA	Cargo/Puesto	Condicion (Nombrado , Contratado)	Regimen Laboral (DL. 276 - DL. 1057-	Modalidad de Trabajo (marcar SI)			Horario de trabajo (solo para la modalidad Mixta)														
						Trabajo Presencia I	Trabajo Remoto	Trabajo en Modalidades Mixtas	LUNES	Modalidad Trabajo	MARTES	Modalidad Trabajo	MIÉRCOL ES	Modalidad Trabajo	JUEVES	Modalidad Trabajo	VIERNES	Modalidad Trabajo	SÁBADO	Modalidad Trabajo	DOMINGO	Modalidad Trabajo	
1	CONTRERAS MATAMOROS, Roger Dar	José Carlos Mariátegui	C.A.R.E.	Contratado	DL. 1057		SI																
2	HUAYRA ARISTE, Milagros Vilma	José Carlos Mariátegui	C.I.T.S.	Contratado	DL. 1057		SI																
3	TORRES HUAMANI, Maria Elena	José Carlos Mariátegui	SECRETARIA	Contratado	DL. 1057		SI																
4	OSORIO MENDOZA, Sixto Celestino	José Carlos Mariátegui	PERSONAL DE VIGILANCIA	Contratado	DL. 1057	SI																	
5	ENRIQUEZ DE LA CRUZ, Walter Nicanc	José Carlos Mariátegui	PERSONAL DE VIGILANCIA	Contratado	DL. 1057	SI																	
6	TORRES PARIONA, Royer	José Carlos Mariátegui	PERSONAL DE VIGILANCIA	Contratado	DL. 1057	SI																	
7	DIEGO SAPALLANAY, Felix	José Carlos Mariátegui	PERSONAL DE SERVICIO	Nombrado	DL. 276		SI																
8	CONDORI PAITAN, Victoria	José Carlos Mariátegui	PERSONAL DE SERVICIO	Contratado	DL. 1057		SI																



INSTITUCIÓN EDUCATIVA "JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI" - LUQUIA – CUENCA – HUANCAMELICA
CREADO CON RESOLUCION DIRECTORAL N° 01521-1999

ANEXO N° 01

FICHA DE SINTOMATOLOGÍA COVID-19 PARA EL REGRESO AL TRABAJO
(Rellenar solamente los trabajadores que van a realizar Trabajo Presencial o Trabajo Mixto)

DECLARACIÓN JURADA

He recibido explicación del objetivo de esta evaluación y me comprometo a responder con la verdad.

UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL DE HUANCAMELICA RUC: 10405675495
 INSTITUCIÓN EDUCATIVA: J.E.C. JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI
 ÁREA DE TRABAJO: VIGILANCIA

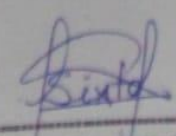
Apellidos y Nombres: OSORIO MENDOZA SUYO CRISTINO
 DNI: 40.567548
 Dirección: PARA DENUNCIAR Y EN CASO POSIBO SAN VITAL
 Teléfono (celular): 996750243

En los últimos 14 días calendario he tenido alguno de los síntomas siguientes:

SINTOMAS	SI	NO
1. Sensación de alza térmica o fiebre		<input checked="" type="checkbox"/>
2. Tos, estornudos o dificultad para respirar		<input checked="" type="checkbox"/>
3. Expectoración o flema amarilla o verdosa		<input checked="" type="checkbox"/>
4. Contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19		<input checked="" type="checkbox"/>
5. Está tomando alguna medicación (detallar cual o cuales): <u>HELECIAS GALINAS DE BIVICAPILLO</u>		

Todos los datos expresados en esta ficha constituyen declaración jurada de mi parte.
 He sido informado que de omitir o falsear información puedo perjudicar la salud de mis compañeros,
 y la mía propia, lo cual, de constituir una falta grave a la salud pública, asumo sus consecuencias

Lugar y Fecha: Huancavelica, 25-05-2020



 Firma del trabajador



"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"



ANEXO N°01

FICHA DE SINTOMATOLOGÍA COVID-19 PARA EL REGRESO AL TRABAJO
(Rellenar solamente los trabajadores que van a realizar Trabajo Presencial o Trabajo Mixto)

DECLARACIÓN JURADA

He recibido explicación del objetivo de esta evaluación y me comprometo a responder con la verdad.

UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL DE HUANCAVELICA RUC: 201861541745
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: I.E. José Carlos Mariátegui - Luquia - Huancavelica
ÁREA DE TRABAJO: VIGILANTE

Apellidos y Nombres: TORRES CAROLINA ROYAS
DNI: 71817478
Dirección: NUEVO OROSCO S/A TRILLO DE MAYO
Teléfono (celular): 963043338

En los últimos 14 días calendario he tenido alguno de los síntomas siguientes:

SINTOMAS	SI	NO
1. Sensación de alza térmica o fiebre		X
2. Tos, estornudos o dificultad para respirar		X
3. Expectoración o flema amarilla o verdosa		X
4. Contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19		X
5. Está tomando alguna medicación (detallar cual o cuales):		X
.....		
.....		
.....		

Todos los datos expresados en esta ficha constituyen declaración jurada de mi parte. He sido informado que de omitir o falsear información puedo perjudicar la salud de mis compañeros, y la mía propia, lo cual, de constituir una falta grave a la salud pública, asumo sus consecuencias

Lugar y Fecha: Huancavelica, NUEVO OROSCO 24 DE MAYO Del 2020


Firma del trabajador

INSTITUCIÓN EDUCATIVA "JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI" - LUQUIA – CUENCA – HUANCAMELICA
CREADO CON RESOLUCION DIRECTORAL N° 01521-1999

"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

ANEXO N° 01

FICHA DE SINTOMATOLOGÍA COVID-19 PARA EL REGRESO AL TRABAJO
(Rellenar solamente los trabajadores que van a realizar Trabajo Presencial o Trabajo Mixto)

DECLARACIÓN JURADA

He recibido explicación del objetivo de esta evaluación y me comprometo a responder con la verdad.

UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL DE HUANCAMELICA RUC: 10238632227
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: JEC JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI
ÁREA DE TRABAJO: VIGILANTE

Apellidos y Nombres: ENRIQUE DE LA CRUZ WALTER NICOLAO
DNI: 23262894
Dirección: AV. MARISCAL CÁCERES S/N 22000000 - HUCA
Teléfono (celular): 942437070

En los últimos 14 días calendario he tenido alguno de los síntomas siguientes:

SÍNTOMAS	SI	NO
1. Sensación de alza térmica o fiebre		X
2. Tos, estornudos o dificultad para respirar		X
3. Expectoración o flema amarilla o verdosa		X
4. Contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19		X
5. Está tomando alguna medicación (detallar cual o cuales): MEDICINA CASERA CARGADA DE EUCALIPTO		

Todos los datos expresados en esta ficha constituyen declaración jurada de mi parte.
He sido informado que de omitir o falsear información puedo perjudicar la salud de mis compañeros, y la mía propia, lo cual, de constituir una falta grave a la salud pública, asumo sus consecuencias

Lugar y Fecha: Huancavelica, 25-05-2020

 Firma del trabajador