



**"AÑO DE LA UNIVERSALIZACION DE LA SALUD"**

Huayllahuara, 21 de mayo del 2020.

OFICIO N° 013-2020-D-I-E-36045-HRA/UGELH.

**SEÑOR : Mg. JORGE GASTON PEREZ LAZO**

Director de la Unidad de Gestión Educativa Local

HUANCAVELICA

**ASUNTO : Remito Informe sobre determinación de modalidad de trabajo del personal administrativo de la I.E. N° 36045 de Huayllahuara.**

**REFERENCIA : OF. MULT. N° 67 - 2020/GOB-REG-HVCA/GRDS-DREH-UGELHVCA**

-----

Es sumamente grato dirigirme a su digno Despacho para hacerle llegar el saludo cordial a nombre de los trabajadores de la Institución Educativa N° 36045 de Huayllahuara a la cual represento, a su vez manifestarle que, en la fecha remito el Informe sobre determinación de modalidad de trabajo del personal administrativo de la I.E. N° 36045 de Huayllahuara.

Sin otro particular reitero las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente.



  
Fabian Poma Etimoldo  
CPPe. 205331  
DIRECTOR

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: .....

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: NO. 360415 HUAYLLAHUARA

ÁREA DE TRABAJO: PERSONAL SERVICIO

Apellidos y Nombres: RIOS EULOGIO ESPIRITU E.

DNI: 19892630

Dirección: ANEXO YANAMA HUAYLLAHUARA

Teléfono (celular): 966634504

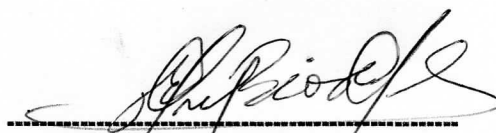
En los últimos 14 días calendario he tenido alguno de los síntomas siguientes:

SÍNTOMAS	SI	NO
1. Sensación de alza térmica o fiebre		<input checked="" type="checkbox"/>
2. Tos, estornudos o dificultad para respirar	Si	
3. Expectoración o flema amarilla o verdosa	Si	
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>Anteriormente estaba tomando pastillas y capsulas sobre la tos y tengo prencidios de asma</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, .....



.....  
Firma del trabajador

# DATOS GENERALES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO

INSTITUCION EDUCATIVA: 36045

LUGAR: Huayllahuara

Nivel: Primaria

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	DNI	CARGO	JORNADA LABORAL	CONDICION	MODALIDAD
1	RIOS EULOGIO Espiritu Estanislao	19892630	Personal de Servicio	40 Horas	Nombrado	D.L. 276



*Fabian Poma Eulogio*  
Fabian Poma Eulogio  
CPPe. 205331  
DIRECTOR