



**“AÑO DE LA UNIVERSALIZACION DE LA SALUD”  
I.E.IN° 116- Mariscal Cáceres**



Mariscal Cáceres, 20 de mayo del 2020

**OFICIO Nº 19-D-I.E.- “I”-C-UGEL/HVCA-20.**

**SEÑOR : Director del Programa Sectorial I-UGEL HUANCABELICA.  
Mg. Gastón, Pérez Lazo**

**ASUNTO : Remito informe de determinación de la modalidad de Trabajo del Personal Administrativo D.L. 276 de la I.E.I.N°116 del distrito de Mariscal Cáceres.**

-----

Es grato dirigirme a su digno despacho, para saludarlo muy cordialmente a nombre de la Dirección de la Institución Educativa Inicial N°116 del distrito de Mariscal Cáceres. Así mismo mediante la presente remito a su despacho el informe de determinación de la modalidad de Trabajo del Personal Administrativo D.L. 276 de la I.E. Inicial N°116 de Mariscal Cáceres.

Sin otro en particular, aprovecho la oportunidad para expresar las muestras de mi mayor consideración y estima personal.

Atentamente,

  
  
-----  
**Mg. Leyla K. Riveros Parana**  
**C.M. 1023265300**  
**DIRECTORA**

**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: 20486154145**

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA : N°116**

**ÁREA DE TRABAJO : MANTENIMIENTO, LIMPIEZA, SEGURIDAD.**

**Apellidos y Nombres : MAYTA SULLCA, Pablo.**

**DNI : 20090547**

**Dirección : Av ferrocarril n°911 Puzo- Chilca Huancayo**

**Teléfono (celular) : 926106514**

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

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

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.

Mariscal Cáceres, 20 de mayo del 2020



-----  
MAYTA SULLCA Pablo  
DNI: 20090547

