



**INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 36010
SANTA ANA- HUANCVELICA
CM : 0428342**



"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

Huancavelica, 22 de mayo de 2020.

OFICIO N°032 - 2020/ DIE N° 36010-S.A.-HVCA.

SEÑOR : MAG. JORGE GASTÓN PÉREZ LAZO
Director de la Unidad de Gestión Educativa Local de Huancavelica.

PRESENTE:

ASUNTO : Informa sobre Modalidad de Trabajo del Personal Administrativo D.L. 276 de Institución Educativa N° 36010 de Santa Ana – Huancavelica.

REFERENCIA : Oficio Múlt. N° 067-2020/GOB-REG-HVCA/GRDS-DREH-UGEL HVCA.

Por el presente me dirijo a su Despacho y por su intermedio al Área de Personal con la finalidad de informar sobre la Modalidad de Trabajo del Personal Administrativo D.L. 276 de la Institución Educativa N° 36010 de Santa Ana – Huancavelica, lo que se ha determinado teniendo en cuenta las características de trabajo administrativo que realiza el personal comprendido en este D.L., para lo cual adjunto las declaraciones juradas y el archivo Excel con la modalidad de trabajo. Lo que cumpla en informar para los fines administrativos pertinentes.

Sin otro particular hago propicia la ocasión para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,





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 HUANGAVELICA RUC: no tengo

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: N°36010 SANTA ANA HVCA

ÁREA DE TRABAJO: BIBLIOTECA

Apellidos y Nombres: FABIOLA URBINA AÑANOS.....

DNI: 23212554.....

Dirección: Jr. MIGUEL GALVEZ (N. 170).....

Teléfono (celular): 966280898.....

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. Expectorcación 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): LEVOTIROXINA: para controlar el hipotiroidismo de por vida ATORVASTATINA. Para controlar: el colesterol y enfermedad cardíaca.	x	

Todos los datos expre

sados 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, 22/05/2020.....



Firma del trabajador

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 GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL DE HUANCAMELICA RUC:

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: N° 36010 Santa Ana

ÁREA DE TRABAJO:

Apellidos y Nombres: De la Cruz Esteban Marisa

DNI: N° 33201908

Dirección: Jr. Macisco C. Taño s/n. 295. Huanca

Teléfono (celular): 950 32 7022

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

SÍNTOMAS	SI	NO
1. Sensación de alta térmica o fiebre		X
2. Tos, estornudos o dificultad para respirar		X
3. Expectoración o flegma amarillo o verdoso		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, da constituir una falta grave a la salud pública, asumo sus consecuencias.

Lugar y Fecha: Huancavelica, 21-05-2020


Firma del trabajador



ANEXO N° 01

FICHA DE SINTOMATOLOGÍA COVID-19 PARA EL REGRESO AL TRABAJO

(Rellenar solamente los trabajos que vas 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 GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL DE HUANCAVELICA RUC: 20485154148

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: 36010

ÁREA DE TRABAJO: Personal de Servicio

Apellidos y Nombres: Contreras Quinto Rodrigo

DNI: 20064029

Dirección: Av. Escalonada N°162 San Cristóbal

Teléfono (celular): 921304518

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

SINTOMAS	SI	NO
1. Sensación de alta fiebre o fiebre		X
2. Tos, estornudos o dificultad para respirar		X
3. Expectorcación 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, 22 de mayo del 2020

Firma del trabajador



INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 36010 DE SANTA ANA - HUANCVELICA

DETERMINACIÓN DE LA MODALIDAD DE TRABAJO DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO D.L. 276

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	ÁREA DE TRABAJO	DNI	CELULAR	MODALIDAD DE TRABAJO
1	URBINA AÑÑOS, Fabiola	BIBLIOTECA	23212554	966280898	MIXTO(Remoto-presencial)
2	DE LA CRUZ ESTEBAN, Marina	PERSONAL DE SERVICIO	23201908	950227022	MIXTO(Remoto-presencial)
3	CONTRERAS QUINTO, Rodrigo	PERSONAL DE SERVICIO	23204029	921904518	MIXTO(Remoto-presencial)



[Handwritten Signature]
ESTER MOLLERUARA FUENTES
DIRECTORA

