



PERU

Ministerio de Educación

Dirección Regional de Educación-Ayacucho

Unidad de Gestión Educativa Local - Lucanas

AGA – SPER.

"Bodas de oro"

"AÑO DE LA UNIVERSALIZACION DE LA SALUD"

MEMORANDUM N° 115 -2020-ME-GR/AYAC-DREA-DUGEL-AGA-SPER

DEL : Lic. **WILFREDO SERAFIN YARIHUAMAN FALCON**
DIRECTOR DEL PROGRAMA SECTORIAL III DE LA UGEL LUCANAS-PUQUIO.

A L : Ing. **CATALINO ELIBERTO ANTEZANA GUILLEN**
Jefe de Personal AGA- UGEL

ASUNTO :ADOPTAR MEDIDAS PERTINENTES PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES.

REF. : ROF- MOF- UGEL.
R.M. N° 103-2020-PCM.
D.LEG. N° 276
Ley 1057
Ley 29944

FECHA : Puquio, 13 de mayo de 2020.

Por medio del presente, haciendo uso de las facultades conferidas por las Normas Legales Vigentes y de acuerdo a los documentos del rubro de la referencia, mi Despacho dispone se sirva **ADOPTAR E IMPLEMENTAR** en la Sede UGEL Lucanas en lo que le corresponde, las medidas pertinentes contenidos en los lineamientos para la atención a la ciudadanía y el funcionamiento de las Entidades Publicas durante la vigencia de la declaratoria de Emergencia Sanitaria producida por el COVID-19, en el Perú en el marco del Decreto Supremo N° 008-2020-SA.

De lo actuado reportar información a mi Despacho para los fines pertinentes.

NOTA: Atención al acto administrativo previa autorización del JEFE AGA y Jefe de Personal, en cumplimiento a la Resolución Ministerial N° 103-2020-PCM..

Atentamente,

DUGEL/WSYF.
DAGA/YVOA
SPER/CEAG



GOBIERNO REGIONAL
DIRECCION REGIONAL DE EDUCACION AYACUCHO
DIRECCION
PUQUIO
Lic. Wilfredo S. Yarihuaman Falcon
Director de Programa Sectorial III
UGEL LUCANAS PUQUIO



DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN DE AYACUCHO
UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL LUCANAS
OFICINA DE ADMINISTRACIÓN
ÁREA DE PERSONAL



FICHA DE DIAGNÓSTICO PARA LA ELECCIÓN DE LA FORMA DE TRABAJO

ORGANO/DIRECCIÓN/OFCINA _____

ÁREA/EQUIPO/PROGRAMA PRESUPUESTAL _____

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

TRABAJADOR(A) CON FACTOR DE RIESGO CELULAR _____ TELÉFONO FIJO _____

Mayor de 60 años	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Obesidad con IMC de 30 a más	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Asma	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Enfermedades cardiovasculares	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Enfermedad respiratoria crónica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Cáncer	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Insuficiencia renal crónica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Enfermedad o tratamiento inmunosupresor	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

TRABAJADOR(A) CUENTA CON LOS SIGUIENTES EQUIPOS Y MEDIOS

Computadora o Laptop portátil	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Internet y/o Telefonía	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

MODALIDAD DE TRABAJO A APLICAR

Trabajo presencial	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Trabajo remoto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Trabajo en modalidades mixtas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DE LA MODALIDAD DE TRABAJO

EN CASO DE HABER ELEGIDO LA MODALIDAD DE TRABAJO REMOTO O MIXTO, EL TRABAJADOR SE COMPROMETE A:

- Registrar su asistencia diaria, a través del aplicativo que implemente el Área de Personal SI NO
- Mantenerse en contacto permanente con su superior jerárquico durante la jornada ordinaria de trabajo SI NO
- Presentar su plan de actividad quincenal, el día viernes anterior al inicio de la próxima quincena. SI NO

PLAN DE ACTIVIDADES QUINCENAL:

ACTIVIDADES	SEMANA DEL 11/05 AL 17/05					SEMANA DEL 18/05 AL 24/05					PRODUCTO	FECHA DE ENTREGA	MEDIO DE VERIFICACIÓN	
	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V				



 FIRMA DEL TRABAJADOR (A)
 DNI _____

 FIRMA Y SELLO DEL JEFE INMEDIATO SUPERIOR