



DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN

UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL EL DORADO

I.E. N°088- COD. MODULAR N°0677336

RAMÓN CASTILLA, 02 NOVIEMBRE DEL 2024

OFICIO N°021-2024-I.E. I.N°088-"RAMÓN CASTILLA"

Señor:

Prof. LUIS ALBERTO NAVARRO SAAVEDRA
Director de la Unidad de Gestión Educativa Local de El Dorado

ASUNTO:

REMITE CONFORMACIÓN DEL CAE PERIODO DEL AÑO 2025 EN LA I.E.I

Me dirijo a su despacho para saludarle cordialmente a nombre de la Institución Educativa Inicial N.º 088 María Montessori – Ramón Castilla del distrito de Santa Rosa, Provincia El Dorado, Región San Martín, así mismo a través del presente documento remito **Remite Conformación del CAE Periodo del año 2025**, para su conocimiento y trámite correspondiente.

Es propicia la oportunidad para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente;



GOBIERNO REGIONAL DE SAN MARTÍN

I. N° 088 - MARÍA MONTESSORI

Prof. SARA RODRIGUEZ SALAZAR
DNI 48306166
DIRECTORA

ANEXO N°1

																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ANEXO N°2

	PERU	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social	Secretaría Nacional de Alimentación Escolar	Programa Nacional de Alimentación Escolar GNL-MAES-001	PRF-017-PNAE/2017- UOP-FOR-002
Versión N° 10		FICHA DE DATOS DE LA/DEL INTEGRANTE DEL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR			Página 1 de 1

Fecha: 26 / 11 / 2024

ROL EN EL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR: (Marcar con un aspa, donde corresponda)

ROL EN EL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR (Marcar con un aspa, donde corresponda)									
Presidencia	☒	Secretaría	☐	La/el Vocal 1	☐	La/el Vocal 2	☐	La/el Vocal 3	☐

MOTIVO DEL FORMATO

Conformación	Actualización
X	

DATOS PERSONALES

DATOS PERSONALES		
Sofia	Rodriguez	Salazar
NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO

21	04	1994
DIA	MES	ANO

GÉNERO

M	F
---	--------------

DISCAPACIDAD⁴

6

LENGUA MATERNA¹

1

9	8	3	2	6	1	5	6	
DNI / CARNET DE EXTRANJERIA								

N° TELEFONO DOMICILIO

Directora
CARGO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA

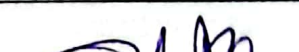
9	1	8	4	8	7	7	7	1
Nº CELULAR PERSONAL () OTRO ()								

Sofia Rodriguez Salazar@gmail.com
CORREO ELECTRONICO

Jr. San Pablo s/n = Ramón Castilla
DIRECCIÓN ACTUAL

De conformidad con lo establecido en la Ley N°29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°003-2013-JUS, declaro conocer los alcances de dichas normas y doy mi consentimiento en forma libre, expresa e inequívoca, para el tratamiento de mis datos personales, los que han sido consignados en el presente formulario, los que son exactos y verdaderos.

Declaro bajo juramento, no estar inmerso en algún impedimento para ser integrante de CAE.

  Firma y sello^a de presidenta/ <i>Sofia Rodriguez Scherer</i> Nombres y apellidos: DNI: 48366156	 FRMA O HUELLA DACTILAR² del integrante Nombres y apellidos: <i>Sofia Rodriguez Scherer</i> DNI: 48366156
---	---

⁴ Colocar el número que corresponda: Visual (1), Auditiva o del Lenguaje (2), Intelectual o mental (3), discapacidades múltiples (4), Motora (5), sin discapacidad (6).

2 Para el llenado del presente formato, se entiende por lengua materna: "La primera lengua que una persona aprende de forma natural a través de la interacción con su entorno". Colocar el número que corresponda:

⁶ En el caso que el presidente del CAE no cuente con sello debe colocar su huella dactilar.

7 ÚNICAMENTE SE COLOCA HUELLA DACTILAR EN LUGAR DE FIRMA, SI ASÍ FIGURA EN SU DNI. En caso que la/el integrante del CAE sea la/el misma/o presidente/a del CAE, no es obligatorio volver a firmar ni llenar este recuadro. En caso de situación de emergencia u otros eventos de caso fortuito y/o fuerza mayor, ver las excepciones en el presente documento.

ANEXO N°2

													
Versión N° 10		FICHA DE DATOS DE LA/DEL INTEGRANTE DEL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR								PRET-017-PNAEQW-UOP-FOR-002			
Página 1 de 1													

Fecha: 26/11/2024

ROL EN EL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR: (Marcar con un aspa, donde corresponda)

Presidencia	Secretaría	☒ La/el Vocal 1	☐ La/el Vocal 2	☐ La/el Vocal 3
-------------	------------	---	--	--

MOTIVO DEL FORMATO

Conformación	Actualización
☒	☐

DATOS PERSONALES

<u>Maria Roxana</u> NOMBRES	<u>Purizaca</u> APELLIDO PATERNO	<u>Meza</u> APELLIDO MATERNO
--------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------

FECHA DE NACIMIENTO		
<u>27</u>	<u>11</u>	<u>1983</u>
DA	ME	AO

GÉNERO

☐ M	☒ F
----------------------------	---------------------------------------

DISCAPACIDAD*

<u>6</u>

LENGUA MATERNA*

<u>1</u>

<u>4</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>3</u>	<u>6</u>	<u>2</u>	<u>7</u>	<u>7</u>
DNI / CARNET DE EXTRANJERÍA							

N° TELEFONO DOMICILIO							
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--

<u>Docente</u> CARGO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
--

<u>9</u>	<u>3</u>	<u>7</u>	<u>5</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>1</u>	<u>5</u>	<u>5</u>
N° CELULAR PERSONAL ☐ OTRO ☐								

CORREO ELECTRONICO

<u>Sr. San Pablo S/N - Ramón Castilla</u> DIRECCIÓN ACTUAL

De conformidad con lo establecido en la Ley N°29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°003-2013-JUS, declaro conocer los alcances de dichas normas y doy mi consentimiento en forma libre, expresa e inequívoca, para el tratamiento de mis datos personales, los que han sido consignados en el presente formulario, los que son exactos y verdaderos.

Declaro bajo juramento, no estar inmerso en algún impedimento para ser integrante de CAE.

 Firma y sello* de presidenta/e Nombres y apellidos: <u>Maria Roxana Purizaca Meza</u> DNI: <u>48366156</u>	 FIRMA O HUELLA DACTILAR* del integrante Nombres y apellidos: <u>Maria Roxana Purizaca Meza</u> DNI: <u>48366156</u>
---	---

* Colocar el número que corresponda: Visual (1), Auditiva o del Lenguaje (2), Intelectual o mental (3), discapacidades múltiples (4), Motora (5), sin discapacidad (6).

* Para el llenado del presente formato, se entiende por lengua materna: "La primera lengua que una persona aprende de forma natural a través de la interacción con su entorno". Colocar el número que corresponda:

Español (1), Quechua (2), Aymara (3), Huaraita (4), Awañit (5), Eke Eja (6), Yine (7), Kalishita (8), Matsigenka (9), Jaqaru (10), Nomatsigenka (11), Yanashita (12), Cashinahua (13), Wampis (14), Secoya (15), Shorashua (16), Mura-murina (17), Kankon-chapra (18), Kallente (19), Matsigenka (20), Ilo (21), Shashu (22), Madija (23), Kikania-kukania (24), Ashaninka (25), Shawi (26), Shipibo-konit (27) y otros (28).

* En el caso que el presidente del CAE no cuente con sello debe colocar su huella dactilar.

* ÚNICAMENTE SE COLOCA HUELLA DACTILAR EN LUGAR DE FIRMA, SI ASÍ FIGURA EN SU DNI. En caso que la/el integrante del CAE sea la/el misma/o presidente/a del CAE, no es obligatorio volver a firmar ni llenar este recuadro. En caso de situación de emergencia u otros eventos de caso fortuito y/o fuerza mayor, ver las excepciones en el presente documento.

ANEXO N°2

														
Versión N° 10		FICHA DE DATOS DE LA/DEL INTEGRANTE DEL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR						Página 1 de 1						

Fecha: 26/11/2024

ROL EN EL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR (Marcar con un aspa, donde corresponda)

Presidencial	Secretaría	La/el Vocal 1	☒	La/el Vocal 2	La/el Vocal 3
--------------	------------	---------------	-------------------------------------	---------------	---------------

MOTIVO DEL FORMATO

Conformación	Actualización
--------------	---------------

DATOS PERSONALES

<u>Juan Manuel</u>	<u>Fernandez</u>	<u>Teirones</u>
NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	DISCAPACIDAD*	LENGUA MATERNA*
<u>06/08/1989</u>	☒ M ☐ F	<u>6</u>	<u>1</u>
DÍA MES AÑO			

<u>4</u>	<u>5</u>	<u>8</u>	<u>8</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>0</u>	<u>9</u>
DNI / CARNET DE EXTRANJERÍA							
N° TELEFONO DOMICILIO							

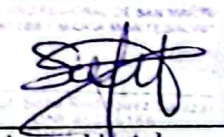
<u>Padre de familia</u>	<u>929156527</u>
CARGO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA	N° CELULAR PERSONAL () OTRO ()

<u>jumanuel06@hotmail.com</u>
CORREO ELECTRONICO

DIRECCIÓN ACTUAL

De conformidad con lo establecido en la Ley N°29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°003-2013-JUS, declaro conocer los alcances de dichas normas y doy mi consentimiento en forma libre, expresa e inequívoca, para el tratamiento de mis datos personales, los que han sido consignados en el presente formulario, los que son exactos y verdaderos.

Declaro bajo juramento, no estar inmerso en algún impedimento para ser integrante de CAE.

 Firma y sello ⁶ de presidente/a Nombres y apellidos: <u>Sofia Rodriguez Sologor</u> DNI: <u>48366156</u>	 FIRMA O HUELLA DACTILAR ⁷ del integrante Nombres y apellidos: DNI: <u>45886709</u>
--	---

* Colocar el número que corresponda: Visual (1), Auditiva o del Lenguaje (2), Intelectual o mental (3), discapacidades múltiples (4), Motora (5), sin discapacidad (6).

⁶ Para el llenado del presente formato, se entiende por lengua materna: "La primera lengua que una persona aprende de forma natural a través de la interacción con su entorno". Colocar el número que corresponda: Español (1), Quechua (2), Aimara (3), Huarabur (4), Awaqun (5), Ese Eja (6), Yine (7), Kalataibo (8), Matsigenka (9), Jaqaru (10), Nomatsigenka (11), Yanashua (12), Cashinahua (13), Wampis (14), Secoya (15), Sheranishua (16), Muri-murari (17), Kandui-chapra (18), Kalento (19), Matsis (20), Iktu (21), Shiwali (22), Madija (23), Kukama Kukamnia (24), Ashaninka (25), Shawi (26), Shipibo-konibo (27) y otros (28).

⁶ En el caso que el presidente del CAE no cuente con sello debe colocar su huella dactilar.

⁷ ÚNICAMENTE SE COLOCA HUELLA DACTILAR EN LUGAR DE FIRMA, SI ASÍ FIGURA EN SU DNI. En caso que la/el integrante del CAE sea la/el misma/o presidente/a del CAE, no es obligatorio volver a firmar ni llenar este recuadro. En caso de situación de emergencia u otros eventos de caso fortuito y/o fuerza mayor, ver las excepciones en el presente documento.

ANEXO N°2

	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social	Programa Nacional de Alimentación Escolar QLIK WAKMA	PRT-017-PNAEQW-UOP-FOR-002
Versión N° 10	FICHA DE DATOS DE LA/DEL INTEGRANTE DEL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR		Página 1 de 1

Fecha: 26/11/2024

ROL EN EL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR: (Marcar con un aspa, donde corresponda)

Presidencial	Secretaría/o	La/el Vocal 1	La/el Vocal 2	☒ La/el Vocal 3
--------------	--------------	---------------	---------------	---

MOTIVO DEL FORMATO

Conformación	Actualización
--------------	---------------

DATOS PERSONALES

<u>Ramon</u>	<u>Cruz</u>	<u>Ocaña</u>
NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	DISCAPACIDAD ⁶	LENGUA MATERNA ⁷
<u>17/09/1986</u>	☒ M ☐ F	<u>6</u>	<u>1</u>
DÍA MES AÑO			

<u>46332701</u>	
DNI / CARNET DE EXTRANJERÍA	N° TELEFONO DOMICILIO

<u>Padre de Familia</u>	<u>918723839</u>
CARGO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA	N° CELULAR PERSONAL () OTRO ()

CORREO ELECTRONICO

DIRECCIÓN ACTUAL

De conformidad con lo establecido en la Ley N°29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°003-2013-JUS, declaro conocer los alcances de dichas normas y doy mi consentimiento en forma libre, expresa e inequívoca, para el tratamiento de mis datos personales, los que han sido consignados en el presente formulario, los que son exactos y verdaderos.

Declaro bajo juramento, no estar inmerso en algún impedimento para ser integrante de CAE.

 Firma y sello ⁸ de presidenta/e Nombres y apellidos: <u>Srta. Rodríguez Silegor</u> DNI: <u>48366156</u>	 FIRMA O HUELLA DACTILAR ⁷ del integrante Nombres y apellidos: DNI: <u>46332201</u>
--	--

⁶ Colocar el número que corresponda: Visual (1), Auditiva o del Lenguaje (2), Intelectual o mental (3), discapacidades múltiples (4), Motora (5), sin discapacidad (6).

⁷ Para el llenado del presente formato, se entiende por lengua materna: "La primera lengua que una persona aprende de forma natural a través de la interacción con su entorno". Colocar el número que corresponda: Español (1), Quechua (2), Aymara (3), Huarabur (4), Awañit (5), Ese Eja (6), Yine (7), Kalishibo (8), Matsigenka (9), Jaqaru (10), Nomatsigenka (11), Yanetsa (12), Cashinahua (13), Wampis (14), Sicoya (15), Sharanahua (16), Mura-murani (17), Kandori-chapra (18), Kallente (19), Matsigenka (20), Iku (21), Shwaki (22), Madoja (23), Kukama Kukarinia (24), Ashaninka (25), Shawi (26), Shapto-koribo (27) y otros (28).

⁸ En el caso que el presidente del CAE no cuente con sello debe colocar su huella dactilar.

⁷ ÚNICAMENTE SE COLOCA HUELLA DACTILAR EN LUGAR DE FIRMA, SI ASÍ FIGURA EN SU DNI. En caso que la/el integrante del CAE sea la/el misma/o presidenta/e del CAE, no es obligatorio volver a firmar ni llenar este recuadro. En caso de situación de emergencia u otros eventos de caso fortuito y/o fuerza mayor, ver las excepciones en el presente documento.

ANEXO N°2

	PERU	Ministerio de Educación y Cultura	Programa Nacional de Alimentación Escolar QALI WATMA	PRT-017-PNAEQW-UOP-FOI-002
Version N° 10	FICHA DE DATOS DE LA/DEL INTEGRANTE DEL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR			Página 1 de 1

Fecha: 26/11/2024

ROL EN EL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR: (Marcar con un aspa, donde corresponda)

Presidencial	Secretaría/o	La/el Vocal 1	La/el Vocal 2	La/el Vocal 3
				X

MOTIVO DEL FORMATO

Conformación	Actualización
X	

DATOS PERSONALES

<u>Lucia Magdalena</u>	<u>Cornejo</u>	<u>Huaman</u>
NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	DISCAPACIDAD*	LENGUA MATERNA*
<u>28/01/1986</u>	M <u>X</u>	<u>6</u>	<u>1</u>
DÍA MES AÑO			

<u>43474496</u>	
DNI / CARNET DE EXTRANJERÍA	N° TELEFONO DOMICILIO

<u>Madre de familia</u>	<u>928542758</u>
CARGO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA	N° CELULAR PERSONAL () OTRO ()

CORREO ELECTRÓNICO

<u>Sr. Bolognosi S/N - Ramón Castilla</u>
DIRECCIÓN ACTUAL

De conformidad con lo establecido en la Ley N°29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°003-2013-JUS, declaro conocer los alcances de dichas normas y doy mi consentimiento en forma libre, expresa e inequívoca, para el tratamiento de mis datos personales, los que han sido consignados en el presente formulario, los que son exactos y verdaderos.

Declaro bajo juramento, no estar inmerso en algún impedimento para ser integrante de CAE.

 Firma y sello* de presidente/a Nombres y apellidos: <u>Sofia Rodriguez Seliger</u> DNI: <u>48366152</u>	 FIRMA O HUELLA DACTILAR* del integrante Nombres y apellidos: <u>Lucia Magdalena Cornejo Huaman</u> DNI: <u>43474496</u>
--	---

* Colocar el número que corresponda: Visual (1), Auditiva o del Lenguaje (2), Intelectual o mental (3), discapacidades múltiples (4), Motora (5), sin discapacidad (6).

* Para el llenado del presente formato, se entiende por lengua materna: "La primera lengua que una persona aprende de forma natural a través de la interacción con su entorno". Colocar el número que corresponda:
 Español (1), Quechua (2), Aymara (3), Harákmbut (4), Awañit (5), Ese Eja (6), Yine (7), Kalishelbo (8), Matsigenka (9), Jaqaru (10), Nomatsigenka (11), Yanashá (12), Cashinahua (13), Wampis (14), Socolo (15), Sheranishua (16), Murut-muinari (17), Kandori-chapra (18), Kalento (19), Matsigenka (20), Iku (21), Shewá (22), Madija (23), Kukurá Ikuarirra (24), Ashaninka (25), Shawá (26), Shipibo-konibo (27) y otros (28).

* En el caso que el presidente del CAE no cuente con sello debe colocar su huella dactilar.

* ÚNICAMENTE SE COLOCA HUELLA DACTILAR EN LUGAR DE FIRMA, SI ASÍ FIGURA EN SU DNI. En caso que la/el integrante del CAE sea la/el misma/o presidente/a del CAE, no es obligatorio volver a firmar ni llenar este recuadro. En caso de situación de emergencia u otros eventos de caso fortuito y/o fuerza mayor, ver las excepciones en el presente documento.