

**Plan de Implementación para el retorno a la educación presencial o semipresencial**

Nombre del S.E.	0039
Código modular del S.E.	0559211
Departamento	SAN MARTÍN
Provincia	EL DORADO
Distrito	SAN JOSÉ DE SISA
Nombre del Director(a)	MARIA REYNA VILLANUEVA TARRILLO

**A. Actividades pedagógicas**

¿Qué tipo de servicio brindará el S.E.? <i>(Presencial / Semipresencial / A distancia)</i>	A distancia
<b>Adjunto: Relación y descripción de actividades pedagógicas articuladas con el PAT que detalle horarios y turnos de desarrollo de las actividades planificadas.</b>	
Fecha en la que comenzará el servicio educativo A distancia	15/03/2021

**B. Organización del S.E.**

Identificar los datos de las personas responsables de implementar el Plan (nombres, cargos y funciones):

<b>Nombres</b>	<b>Apellidos</b>	<b>Cargo</b>	<b>Función</b>
MARIA REYNA	VILLANUEVA TARRILLO	DIRECTOR	DOCENTE
AURELIA	GARCIA RIVERA	DOCENTE	DOCENTE
HECTOR	VARGAS PEREZ	DOCENTE	DOCENTE

<b>Características de los ambientes habilitados</b>			
Área total del S.E. (m <sup>2</sup> )		-	
S.E. accesible para personas con discapacidad		SI	NO
Nro. SS.HH. Funcionales		-	
<b>El S.E. asegura</b>			
El aforo permitido		SI	NO
La ventilación adecuada		SI	NO
La separación del mobiliario		SI	NO
El distanciamiento físico entre estudiantes y docentes.		SI	NO
<b>Registro de los ambientes habilitados</b>			
Detalle por espacio registrado:			
Espacio	Número máximo de estudiantes	Número máximo de personal del S.E.	Número máximo de personas en el espacio
Nº de ambientes habilitados del S.E. para el desarrollo de las actividades presenciales		-	
¿Todos los ambientes habilitados pertenecen al S.E.?		SI	NO
¿Cuántos de los ambientes habilitados no pertenecen al S.E.?		-	

### C. Condiciones del S.E. Ambientes habilitados

#### Insumos para el lavado de manos

<b>El S.E. cuenta con</b>		
Sistema de energía eléctrica	SI	NO
Desagüe operativo	SI	NO
Estaciones de lavado de manos complementarias	SI	NO
Agua corriente	SI	NO
Jabón líquido	SI	NO
<i>En caso responda "sí", identifique lo siguiente:</i>		
Nro. de insumos	-	
Unidad de medida	-	
Jabón en barra	SI	NO
<i>En caso responda "sí", identifique lo siguiente:</i>		
Nro. de insumos	-	
Unidad de medida	-	
Papel toalla	SI	NO
<i>En caso responda "sí", identifique lo siguiente:</i>		
Nro. de insumos	-	

Unidad de medida	-	
Alcohol medicinal	SI	NO
<i>En caso responda "sí", identifique lo siguiente:</i>		
Nro. de insumos	-	
Unidad de medida	-	
Alcohol en gel	SI	NO
<i>En caso responda "sí", identifique lo siguiente:</i>		
Nro. de insumos	-	
Unidad de medida	-	

### **Declaraciones juradas de salud**

N.º de semanas programadas para el desarrollo de actividades presenciales	-	
N.º de estudiantes programados para participación presencial	-	
N.º personal del S.E. programado para participación presencial (docentes, directivos, administrativos, etc.)	-	
¿Todo el personal programado para las actividades presenciales cuenta con sus declaraciones juradas de salud?	SI	NO
<b>Adjunto: No adjuntó Relación de declaraciones juradas de salud.</b>		
<b>Adjunto: No adjuntó Relación de personal del S.E. programado para participación presencial.</b>		

### Insumos de protección respiratoria

¿Todo el personal programado cuenta con protectores faciales?	SI	NO
N° de protectores faciales disponibles	-	
¿El S.E. cuenta con mascarillas de tela?	SI	NO
N° de mascarillas de tela disponibles	-	
¿El S.E. cuenta con mascarillas descartables?	SI	NO
N° de mascarillas descartables disponibles	-	
N° total de mascarillas de tela y descartables disponibles	-	

### Limpieza y señalización

¿Todos los ambientes cuentan con señalización de aforo permitido?	SI	NO
¿Todos los ambientes cuentan con señalización de distancia mínima de 2 m?	SI	NO
¿Se han colocado paneles informativos sobre las medidas de prevención y protección?	SI	NO
Fecha de la última limpieza y desinfección del S.E.	-	
Descripción de las medidas de protección del personal encargado de la limpieza	-	

### Registro de personal de limpieza responsable

Personal encargado de la última limpieza:

Tipo de documento	Número del documento	Nombres	Apellido paterno	Apellido Materno	Vínculo con el S.E.

### D. Condiciones sociales

semipresencial?		
Adjunto: No adjuntó Conformidad de la comunidad educativa		

### Fecha de inicio de la prestación:

Día	Mes	Año
15	3	2021

¿El S.E. cuenta con la conformidad de la comunidad educativa para el retorno a la educación presencial o	SI	NO
--	----	----