

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) | VILLANUEVA TARRILLO, Maria Reyna |

A. Actividades pedagógicas

| | |
|---|-------------|
| ¿Qué tipo de servicio brindará el S.E.? <i>(Presencial / Semipresencial / A distancia)</i> | A distancia |
| Adjunto: Relación y descripción de actividades pedagógicas articuladas con el PAT que detalle horarios y turnos de desarrollo de las actividades planificadas. | |
| 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): | | | |
|--|---------------------|----------|---------|
| Nombres | Apellidos | Cargo | Función |
| MARIA REYNA | VILLANUEVA TARRILLO | DIRECTOR | DOCENTE |
| AURELIA | GARCIA RIVERA | DOCENTE | DOCENTE |
| HECTOR | VARGAS PEREZ | DOCENTE | DOCENTE |

C. Condiciones del S.E.

Ambientes habilitados

| Características de los ambientes habilitados | | |
|---|----|----|
| Área total del S.E. (m ²) | - | |
| S.E. accesible para personas con discapacidad | SI | NO |
| Nro. SS.HH. Funcionales | - | |
| El S.E. asegura | | |
| 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 | |
| Registro de los ambientes habilitados | | | |
| Detalle por espacio registrado: | | | |
| Espacio | Número máximo de estudiantes | Número máximo de personal del S.E. | Número máximo de personas en el espacio |
| N° 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.? | - | | |

Insumos para el lavado de manos

| | | |
|---|----|----|
| El S.E. cuenta con | | |
| 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 |
| Adjunto: No adjuntó Relación de declaraciones juradas de salud. | | |
| Adjunto: No adjuntó Relación de personal del S.E. programado para participación presencial. | | |

Insumos de protección respiratoria

| | | |
|---|----|----|
| ¿Todo el personal programado cuenta con protectores faciales? | SI | NO |
| Nº de protectores faciales disponibles | - | |
| ¿El S.E. cuenta con mascarillas de tela? | SI | NO |
| Nº de mascarillas de tela disponibles | - | |
| ¿El S.E. cuenta con mascarillas descartables? | SI | NO |
| Nº de mascarillas descartables disponibles | - | |
| Nº 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

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

| | | |
|--|--|--|
| semipresencial? | | |
| Adjunto: No adjuntó Conformidad de la comunidad educativa | | |

Fecha de inicio de la prestación:

| Día | Mes | Año |
|------------|------------|------------|
| 15 | 3 | 2021 |