

HOJA DE REQUERIMIENTO DE ATENCIÓN - PROGRAMA OLPC (Anexo 01)

INSTITUCIÓN EDUCATIVA CÓDIGO LOCAL I.E.

DEPARTAMENTO PROVINCIA

LOCALIDAD DIRECTOR

Nº SERIE DE LA MAQUINA

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

* Declaro haber intentado solucionar el problema y haber llamado al Call Center 080040210 y al no superar el problema se hace el pedido correspondiente de atención a la UGEL

Director (Firma y Sello)

Nombre:

DNI:

DIA	MES	AÑO

HOJA DE RUTA XO

DESTINO	ACCIONES (Ver cuadro de acciones abajo)	INDICACIONES ESPECÍFICAS / OBSERVACIONES																								
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> PROFESOR</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> UGEL</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> DRE</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> DAT</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> DIGETE</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ADM</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> TEC.1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> TEC.2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> TEC.3</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> PROFESOR	<input type="checkbox"/> UGEL	<input type="checkbox"/> DRE	<input type="checkbox"/> DAT	<input type="checkbox"/> DIGETE	<input type="checkbox"/> ADM	<input type="checkbox"/> TEC.1	<input type="checkbox"/> TEC.2	<input type="checkbox"/> TEC.3	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">Firma y Sello</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">Fecha:</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Firma y Sello					Fecha:					<hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>
<input type="checkbox"/> PROFESOR	<input type="checkbox"/> UGEL	<input type="checkbox"/> DRE																								
<input type="checkbox"/> DAT	<input type="checkbox"/> DIGETE	<input type="checkbox"/> ADM																								
<input type="checkbox"/> TEC.1	<input type="checkbox"/> TEC.2	<input type="checkbox"/> TEC.3																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
Firma y Sello																										
Fecha:																										
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> PROFESOR</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> UGEL</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> DRE</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> DAT</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> DIGETE</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ADM</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> TEC.1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> TEC.2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> TEC.3</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> PROFESOR	<input type="checkbox"/> UGEL	<input type="checkbox"/> DRE	<input type="checkbox"/> DAT	<input type="checkbox"/> DIGETE	<input type="checkbox"/> ADM	<input type="checkbox"/> TEC.1	<input type="checkbox"/> TEC.2	<input type="checkbox"/> TEC.3	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">Firma y Sello</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">Fecha:</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Firma y Sello					Fecha:					<hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>
<input type="checkbox"/> PROFESOR	<input type="checkbox"/> UGEL	<input type="checkbox"/> DRE																								
<input type="checkbox"/> DAT	<input type="checkbox"/> DIGETE	<input type="checkbox"/> ADM																								
<input type="checkbox"/> TEC.1	<input type="checkbox"/> TEC.2	<input type="checkbox"/> TEC.3																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
Firma y Sello																										
Fecha:																										
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> PROFESOR</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> UGEL</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> DRE</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> DAT</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> DIGETE</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ADM</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> TEC.1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> TEC.2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> TEC.3</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> PROFESOR	<input type="checkbox"/> UGEL	<input type="checkbox"/> DRE	<input type="checkbox"/> DAT	<input type="checkbox"/> DIGETE	<input type="checkbox"/> ADM	<input type="checkbox"/> TEC.1	<input type="checkbox"/> TEC.2	<input type="checkbox"/> TEC.3	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">Firma y Sello</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">Fecha:</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Firma y Sello					Fecha:					<hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>
<input type="checkbox"/> PROFESOR	<input type="checkbox"/> UGEL	<input type="checkbox"/> DRE																								
<input type="checkbox"/> DAT	<input type="checkbox"/> DIGETE	<input type="checkbox"/> ADM																								
<input type="checkbox"/> TEC.1	<input type="checkbox"/> TEC.2	<input type="checkbox"/> TEC.3																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
Firma y Sello																										
Fecha:																										
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> PROFESOR</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> UGEL</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> DRE</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> DAT</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> DIGETE</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ADM</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> TEC.1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> TEC.2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> TEC.3</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> PROFESOR	<input type="checkbox"/> UGEL	<input type="checkbox"/> DRE	<input type="checkbox"/> DAT	<input type="checkbox"/> DIGETE	<input type="checkbox"/> ADM	<input type="checkbox"/> TEC.1	<input type="checkbox"/> TEC.2	<input type="checkbox"/> TEC.3	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">Firma y Sello</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">Fecha:</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Firma y Sello					Fecha:					<hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>
<input type="checkbox"/> PROFESOR	<input type="checkbox"/> UGEL	<input type="checkbox"/> DRE																								
<input type="checkbox"/> DAT	<input type="checkbox"/> DIGETE	<input type="checkbox"/> ADM																								
<input type="checkbox"/> TEC.1	<input type="checkbox"/> TEC.2	<input type="checkbox"/> TEC.3																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
Firma y Sello																										
Fecha:																										
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> PROFESOR</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> UGEL</td> <td style="width: 33%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> DRE</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> DAT</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> DIGETE</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ADM</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> TEC.1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> TEC.2</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> TEC.3</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> PROFESOR	<input type="checkbox"/> UGEL	<input type="checkbox"/> DRE	<input type="checkbox"/> DAT	<input type="checkbox"/> DIGETE	<input type="checkbox"/> ADM	<input type="checkbox"/> TEC.1	<input type="checkbox"/> TEC.2	<input type="checkbox"/> TEC.3	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">Firma y Sello</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">Fecha:</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Firma y Sello					Fecha:					<hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>
<input type="checkbox"/> PROFESOR	<input type="checkbox"/> UGEL	<input type="checkbox"/> DRE																								
<input type="checkbox"/> DAT	<input type="checkbox"/> DIGETE	<input type="checkbox"/> ADM																								
<input type="checkbox"/> TEC.1	<input type="checkbox"/> TEC.2	<input type="checkbox"/> TEC.3																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
Firma y Sello																										
Fecha:																										



- Acciones:
- | | | |
|--------------|------------------|------------------|
| 1.- Bateria | 4.- Teclado | 7.- Otros: |
| 2.- Monitor | 5.- Mouse Tactil | |
| 3.- Cargador | 6.- Maimboard | |



PERÚ

Ministerio de Educación

Viceministerio de Gestión Pedagógica

Programa de Una Laptop por Niño

PLANILLA DE DEVOLUCIÓN DE LAPTOPS A LA I.E. - PROGRAMA UNA LAPTOP POR NIÑO (ANEXO 02)

POR LA PRESENTE, QUEDA ESTABLECIDO QUE LOS EQUIPOS INDICADOS ESTÁN SIENDO ENTREGADOS POR EL PADRE DE FAMILIA DEL ALUMNO INDICADO Y RECEPCIONADOS POR EL DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA, DEBIDO A LA CONCLUSIÓN DEL AÑO ESCOLAR, EN ATENCIÓN A LO DISPUESTO POR LA DIRECTIVA N° 018-2008-ME-VMGP/DIGETE. SE DEBERÁ ENTREGAR COPIA DE LA PRESENTE PLANILLA A LA APAFA COMO CONSTANCIA DE LAS DEVOLUCIONES EFECTUADAS.

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL ALUMNO	N° SERIE LAPTOP	N° SERIE BATERIA	N° SERIE CARGADOR	OBSERVACIONES	FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						



DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA

FIRMA - SELLO - POST FIRMA

DNI N°



PERÚ

Ministerio de Educación

Administración Central de Equipamiento

FORMATO DE INVENTARIO DE EQUIPAMIENTO PROGRAMA OLPC 2009 - (Anexo 03)

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: CÓDIGO LOCAL:

REGIÓN: PROVINCIA: DISTRITO:

CENTRO POBLADO: DRE / UGEL: TELÉFONO / CEL:

DIRECTOR DE LA I.E.: E-Mail:

LÍNEA INTERNET (Marque con un aspa) ESTADO Operativa No Operativa

EQUIPAMIENTO OLPC (LAPTOP XO)

HARDWARE	USB	ROUTER	AP	PC	SWITCH	CD INSTALACION	COBERTURA AP 100 M	COBERTURA AP 50 M.
EN LA IE (Cantidad)								

SISTEMA OPERATIVO (Indique número) Servidor : Windows 2000 Server Windows 2003 Server LINUX

Estaciones : WIN XP SUGAR BUILD () FIRMWARE ()

TOTAL DE LAPTOP XO ENTREGADAS POR LA DIGETE - MED

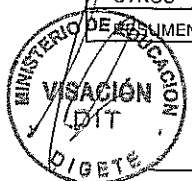
ASIGNADAS A LOS ALUMNOS <input type="text"/>	SIN ASIGNAR A LOS ALUMNOS <input type="text"/>
OPERATIVAS <input type="text"/>	CON PROBLEMAS <input type="text"/>
OPERATIVAS <input type="text"/>	CON PROBLEMAS <input type="text"/>

PRIMER TRIMESTRE				
LAPTOPs XO		OPERATIVAS	INOPERATIVAS	OBSERVACIONES
EN USO DE LOS ALUMNOS				
ALMACENADAS EN LA I.E.				
ENTREGADAS A LA UGEL				
PERDIDAS				
OTROS				
RESUMEN				

SEGUNDO TRIMESTRE				
LAPTOPs XO		OPERATIVAS	INOPERATIVAS	OBSERVACIONES
EN USO DE LOS ALUMNOS				
ALMACENADAS EN LA I.E.				
ENTREGADAS A LA UGEL				
PERDIDAS				
OTROS				
RESUMEN				

TERCER TRIMESTRE				
LAPTOPs XO		OPERATIVAS	INOPERATIVAS	OBSERVACIONES
EN USO DE LOS ALUMNOS				
ALMACENADAS EN LA I.E.				
ENTREGADAS A LA UGEL				
PERDIDAS				
OTROS				
RESUMEN				

CUARTO TRIMESTRE				
LAPTOPs XO		OPERATIVAS	INOPERATIVAS	OBSERVACIONES
EN USO DE LOS ALUMNOS				
ALMACENADAS EN LA I.E.				
ENTREGADAS A LA UGEL				
PERDIDAS				
OTROS				
RESUMEN				



Especialista Responsable UGEL

Director(a)/Prof. Encargado Institución Educativa

Nombre :

Nombre :