



extensión **cultural**
Escuela Superior de Comercio Carlos Pellegrini - UBA



Viajes de Estudio

4° Año

Mendoza



Universidad de Buenos Aires

PROPUESTA DE VIAJE

Desde el año 1995, el Departamento de Extensión tiene a su cargo la tarea de desarrollar los Viajes de Estudio de los alumnos del colegio. A partir de los modestos inicios hemos llegado a lograr que viaje el 97% de la población a distintas regiones del país, desarrollamos un sistema de becas y planes de facilidades de pago, apadrinamos escuelas rurales, etc.

Los viajes forman parte de los proyectos generados para alcanzar los objetivos de la Extensión, que, junto la Docencia y la Investigación, constituyen los tres pilares sobre los que se asienta el proyecto de la Universidad de Buenos Aires, heredera de la esencia de la Reforma Universitaria de 1918 que revolucionó la educación pública en Argentina como en América Latina. Estos objetivos, apuntan a generar un acercamiento entre comunidades, la de la Escuela y el resto de la sociedad. Dentro de este marco, los viajes proponen:

- Constituir una experiencia de aprendizaje.**
- Fomentar el intercambio cultural.**

Departamento de Extensión Cultural

ITINERARIO

DIA 1: Deben presentarse a las 20hs en la puerta de la Escuela.

DIA 2: Desayuno en ruta. / Arribo a la ciudad de San Rafael, principal centro urbano del sur de Mendoza. Continuación hacia Valle Grande (en caso que alojen en Valle Grande) / Alojamiento. / Almuerzo. / Por la tarde salida en excursión, visita a San Rafael Histórica. Circuito de la ciudad visitando la Plaza San Martín, la Catedral de San Rafael Arcángel, el edificio municipal. La Estación de Ferrocarril. Monumento de la 1º locomotora que llegó a San Rafael en 1903. Visita al Museo del Ferrocarril. Visita al Museo Municipal de Historia y Ciencias Naturales. Se realiza una visita guiada recorriendo sus salas dedicadas a botánica, zoología, mineralogía, arqueología, antropología, historia y folklore regional. / Regreso al hotel. / Cena.

DIA 3: Desayuno. Salida de excursión de todo el día a Parque de la Aventura. Actividades: Trekking, Puentes Tibetanos, / Almuerzo / Canopy e ingreso a las piscinas. / Regreso al hotel. / Cena.

DIA 4: Desayuno. / Por la mañana catamarán con canotaje. / Almuerzo. / Por la tarde actividad de aventura. Rafting. La actividad consiste en bajar por los rápidos que ofrece el río Atuel -con una dificultad baja, accesible a todas las personas-, en botes inflables y con todos los elementos de seguridad necesarios (*) para disfrutar de la sensación de los rápidos y el desafío a la naturaleza. Se instruye al grupo en técnicas de navegación. / Regreso al hotel. / Cena.

(*)Se provee a la delegación de chaleco salva vidas, casco, campera y pantalón impermeable, botas de neoprene y cada balsa va acompañada con un guía preparado en primeros auxilios y técnicas de rescate en río.

DIA 5: Desayuno. / Por la mañana salida en excursión al Dique y Embalse Los Reyunos. Villa 25 de mayo, localidad de casonas del siglo pasado con muros altos y zaguanes, casi como detenidas en el tiempo. Surgió luego de la fundación del Fuerte de San Rafael del Diamante, por el año 1805 como consecuencia de la necesidad de construir un centro poblacional. El fuerte, del cual hoy pueden observarse los restos de los gruesos muros de adobe, fue declarado Monumento Histórico Nacional y la Iglesia Ntra. Sra. del Carmen que conserva aún las primeras imágenes y vestiduras de la época. Dique Derivador Galileo Vitale. Continuación, Complejo El Tigre-Los Reyunos. (obra con 2 presas y embalses próximos que actúan complementariamente). Observación del ambiente, serranías rojizas de escarpados relieves rocosos. / Almuerzo. / Por la tarde visita a una bodega de San Rafael de prestigio internacional, producción vitivinícola. Los grupos de visitantes son acompañados por guías especializados que inician el circuito recorriendo los viñedos, con explicaciones técnicas y culturales, desde el inicio del cultivo, sistema de riego por canalización y proceso de elaboración. Como parte del recorrido, se accede a la fábrica de aceite de oliva, donde se observa el proceso de elaboración del aceite Extra Virgen / Cena. / Salida en regreso a Buenos Aires.

DIA 6: Arribo al mismo lugar de partida a las 10:30hs

HORARIOS

Salida de Bs. As.: deben presentarse a las 20hs. en la puerta de la Institución.

Llegada a Bs. As.: 10:30hs. aprox.

EQUIPAJE

Sugerimos el siguiente listado de equipaje: 1 campera de abrigo, 2 polares o sweaters, 2 pantalones largos, 1 jogging, 5 remeras, 2 pares de zapatillas, 1 gorro de lana, bufanda o cuello, 1 pantalón corto, traje de baño, toallón, ojotas, elementos de higiene personal, botella de agua, protector solar, gorro para el sol. DNI; que deberá llevar el alumno, no tiene que entregárselo al coordinador.

Solicitamos que armen equipajes con lo esencial y aprovechamos para recordarles que deben cuidar sus pertenencias durante las excursiones. No se recomienda el uso de celulares y cámaras digitales o filmadoras de altos costos.

COORDINADORES

En todos los contingente los alumnos son acompañados por ocho coordinadores. Estos son los responsables del cuidado, contención y coordinación de los grupos, se trata de personal de la escuela que en general son preceptores y/o profesores ya que consideramos que su función habitual dentro de la institución es la que más se asemeja al rol que pretendemos llevar a delante los coordinadores de viaje, y personal de la empresa Grupal, estos son generalmente profesores de Educación Física.

TRANSPORTE

Los micros con los cuales se realizan los traslados son unidades de la Empresa Plusmar o Turismo Rhio de primer nivel con toilette, T.V., aire acondicionado, calefacción, música funcional y dos conductores a cargo de cada servicio

COBERTURA MÉDICA

INTERASSIST TRAVEL. Cobertura en destino y en viaje incluyendo medicamentos, atención las 24 hs., consultas, especialidades, exámenes complementarios, internación, traslados sanitarios aéreos, odontología de urgencia

ALOJAMIENTO

Alojamiento en Las Marías: <https://complejolasmarias.com.ar/>

El régimen de pensión es completa (desayuno, almuerzo merienda y cena), incluyendo las comidas en ruta. Las cenas incluyen entrada, plato y postre.

Los grupos por habitación los arman los mismos alumnos y al llegar al hotel se les asigna el número de cuarto

COSTO Y FORMA DE PAGO

Valor del viaje: **\$168.500.- + \$1.500** de cuota cero.

A- 1º 30 de mayo: \$5.000.-

2º 15 de junio: \$33.000.-

3º 18 de julio: \$33.000.-

4º 15 de agosto: \$33.000.-

5º 15 de septiembre: \$33.000.-

6º 3 de octubre: \$33.000.-

B- 1º 30 de mayo: \$5.000.-

2º 15 de junio: \$16.000.-

3º 18 de julio: \$16.000.-

4º 15 de agosto: \$16.000.-

5º 15 de septiembre: \$16.000.-

6º 15 de septiembre: saldo de \$85.000.- a abonar con Ahora 6 (coeficiente actual 1.2550) o con Ahora 12 (coeficiente actual 1.5640) con tarjeta de crédito*

7º 3 de octubre: \$16.000.-

*coeficientes de Ahora 6 y Ahora 12 al día de hoy a actualizar al momento del pago.

C- 30 de mayo: total del viaje, \$170.000.- con Ahora 12 (coeficiente actual 1.5640) con tarjeta de crédito*

*coeficiente de Ahora 12 al día de hoy a actualizar al momento del pago

Atención!!

La cuota N°1, se toma en **concepto de Señal y Reserva del viaje**, sin excepción.

Los alumnos que no realicen el pago en tiempo y forma, o no cumplan con los términos establecidos, **serán dados de baja automáticamente**, debiendo solicitar autorización para reincorporarse al contingente, quedando a la espera de una vacante según orden de Lista de Espera.

DINERO

El costo del viaje cubre absolutamente TODAS las actividades a realizar y servicios que se detallan, en ningún caso existirán excursiones extras ni servicios adicionales por abonar. Es decir, los alumnos pueden llevar dinero para comprar si lo desean artesanías del lugar.

LA EMPRESA

ORGANIZACIÓN GRUPAL SRL, Mario Bravo 955, Tel: 4867-4001, mail: viajeseducativos@grupal.tur.ar

FECHAS DE LOS CONTINGENTES

Los viajes se realizarán entre el DÍA 3 Y el 28 DE OCTUBRE, una vez armados los contingentes, se subirá la información a las Redes oficiales de la Escuela.

BECAS Y PLANES DE PAGO ESPECIALES

Una condición, más que un objetivo, que tiene nuestra concepción de estos viajes es que la igualdad de oportunidades sea real. Para esto aunamos los esfuerzos de ustedes y los nuestros, intentando generar mecanismos de distribución de becas y planes de pago especiales para atender las necesidades de todas las familias. No está demás aclararles que los recursos son pocos y necesitamos contar con la mayor de las sinceridades de vuestra parte a la hora de realizar los pedidos. El trámite es online y la forma de solicitar porcentajes de becas y/o planes de pago especiales, es enviando un mail a **extensionculturalpelle@gmail.com** con los datos solicitados abajo, luego se les enviará el link para completar el formulario. Dicho formulario deberá completarse antes del: **9 de junio**

Asunto del mail: "Solicitud de Beca o Plan"

Cuerpo del mail:

- Nombre y Apellido del/a Alumno/a:
- Año, División y Turno:
- Posee la Beca de Ayuda Económica "Ricardo Rojas":
- Mail del padre/madre/tutor:

Recuerden que la solicitud de Beca o Plan Especial no aplica como reserva de vacante de viaje, para esto deberán abonar la Cuota N°0 en tiempo y forma.

CHARLA INFORMATIVA

Este manual brinda toda la información respecto del viaje. Creemos que es lo suficientemente completo como para salvar todas sus inquietudes, de todos modos hemos generado un espacio de encuentro para que puedan realizar cualquier otra consulta, para esto se realizará una reunión por ZOOM: **Lunes 22 de MAYO 18hs.**

****Grupal Viajes**** le está invitando a una reunión de Zoom programada.

Tema: Reunion C. C. Pellegrini - Mendoza

Hora: 22 may 2023 18:00 Buenos Aires, Georgetown

Unirse a la reunión Zoom

<https://us06web.zoom.us/j/81978472411?pwd=RTIVS21Gd2NiUXY3R1QxbzEzSzFMdz09>

ID de reunión: 819 7847 2411

Código de acceso: 535027

AUTORIZACIÓN Y REGLAMENTO

La Autorización y El Reglamento de viaje, es un documento de carácter obligatorio. Ningún alumno podrá viajar sin antes haber completado dichos requisitos. Esta documentación deberá ser firmada por el alumno y uno de los padres, y debe ser entregada a su Preceptor/a antes del **7 de julio (sin excepción)**

FICHA MÉDICA

La Ficha Médica, (firmada por un médico y uno de los padres) deberá al preceptor/a antes **7 de julio**. Si la situación de salud del alumno varía a la fecha de viaje, deben actualizar la ficha. En cualquier caso, si consideran necesario, ampliar o explicar alguna situación de salud, pueden hacerlo, comunicándose con la Empresa Org. Grupal al 4867-4001

Reiteramos: **En los caso de las FICHAS MÉDICAS es necesario por la reglamentación de turismo que sean completadas por un médico.** "Secretaría de Turismo Resolución 237/2007 ARTICULO 35 - Obligaciones durante la realización de los viajes.- (...) d) Ficha médica de cada turista usuario completada por su médico de cabecera".

Debido a los varios casos de incumplimiento, por parte de los alumnos, en la entrega de este documento durante los años anteriores, los mismos se han encontrado con la lamentable situación de no poder abordar el Micro. Les rogamos evitar situaciones incómodas y desafortunadas al momento de la salida del contingente

Importante!

Necesitamos que tengan en cuenta que pese a que nuestra intención sea considerar todas las situaciones individuales, trabajamos con una población muy numerosa y es por esto también que les rogamos **CUMPLIR con los PLAZOS establecidos.**

AUTORIZACIÓN Y REGLAMENTO

Atención!

**Esta documentación debe ser entregada a su Preceptor.
No válido como Reserva de Viaje.**

Buenos Aires, _____ de _____ de 20____.-

Por medio de la presente autorizo a mi hija/o _____ de _____ (año, div. y turno), a realizar el viaje de estudios a _____ entre los días ____ de _____ y ____ de _____ del corriente año y declaro conocer todas las actividades e itinerario de dicho viaje. Asimismo reconozco y acepto las condiciones presentes en el siguiente reglamento:

La participación de los alumnos en cualquiera de los viajes educativos organizados por la Escuela Superior de Comercio "Carlos Pellegrini" implicará la aceptación en forma incondicional de las siguientes normas:

- 1) Durante el transcurso de las excursiones el alumno deberá cumplir con las indicaciones pertinentes a la seguridad y organización general del grupo.
- 2) El alumno deberá participar en todas las excursiones y actividades previstas en el programa, salvo indicación médica en contrario o directa decisión de los coordinadores.
- 3) El alumno deberá cumplir con los horarios estipulados de comida, salida en las excursiones, etc.
- 4) No se permitirán salidas fuera del camping, complejo u hotel exceptuando aquellas que cuenten con la directa supervisión de los coordinadores.
- 5) El alumno será responsable de los eventuales daños materiales que causare durante el transcurso del programa, en el bus, las instalaciones, etc.
- 6) El alumno deberá completar obligatoriamente la ficha médica y poseer todas las dosis actualizadas del Plan Nacional de Vacunación Obligatorio. En caso de presentar (o haber presentado recientemente) alguna afección deberá adjuntar un alta médico.
- 7) Los organizadores se reservan el derecho de modificar las excursiones y actividades programadas por causa de fuerza mayor o en caso de que pudiera verse afectada la seguridad de los pasajeros. Las excursiones que no pudieran realizarse por los motivos expuestos, serán reemplazadas por otras de semejante valor y contenido.
- 8) Los organizadores se reservan el derecho de limitar la participación a las excursiones o actividades, o llegado el caso, de que abandone el tour el alumno que por motivos de conducta, estado de salud, etc., interfiera con el normal desarrollo del programa previsto, en este caso el alumno regresaría con un adulto acompañante.
- 9) El consumo de alcohol y/o drogas prohibidas, así como cualquier causal de indisciplina será pasible de suspensión de actividades para el alumno y medidas disciplinarias entre las que se encuentran el retorno a Buenos Aires (siempre acompañado por un adulto responsable, salvo autorización por escrito en contrario de los padres) además de las sanciones correspondientes que la escuela disponga. El costo que genera dicho traslado estará a cargo de la familia.
- 10) Durante la totalidad del viaje, será de aplicación el Reglamento de Convivencia que rige en la escuela.
- 11) Los coordinadores, profesores y personal del colegio que participan en el programa no tendrán responsabilidad de ningún tipo sobre cualquier accidente o contingencia que pueda surgir a raíz del incumplimiento por parte del alumno de las cláusulas precedentes.
- 12) El equipaje personal del alumno queda bajo su cuidado y responsabilidad, sin que el Colegio o los coordinadores sean responsables por pérdida o daños que pudiera sufrir. Cualquier incidente que pudiese suceder con el equipaje en el ómnibus o en el hotel, responderán los seguros que ellos poseen si les fuere imputable.

FIRMA RESPONSABLE A CARGO

ACLARACIÓN Y TIPO Y N° DE DOCUMENTO

FIRMA DEL ALUMNO

ACLARACIÓN Y TIPO Y N° DE DOCUMENTO

FICHA DE ANTECEDENTES MÉDICOS**F-COME-05-01-FICHA MEDICA**

COLEGIO: _____ AÑO: _____ DIVISIÓN: _____ TURNO: _____

DATOS PERSONALES:

Nombre Apellido: _____ Edad: _____ años. Fecha de Nacimiento: ___/___/_____

D.N.I.: _____ Teléfono: _____ Domicilio: _____ Localidad: _____

En caso de emergencia avisar a: _____ Domicilio: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

ANTECEDENTES ALÉRGICOS:

Grupo Sanguíneo: Grupo _____ Factor _____ Medicamentos: _____ Penicilina: _____

Comidas: _____ Alérgico: _____

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES:Padece o padeció: (marque con **X** lo que corresponda)

Rubéola: _____, Anginas: _____, Sarampión: _____, Bronquitis: _____, Otitis: _____, Inf. Urinarias: _____, Varicela: _____

Poliomilitis: _____, Diabetes: _____, Convulsiones: _____, Hepatitis: _____, Otras: _____

TENDENCIA A:

Resfrios _____ Hemorragias _____ Conjuntivitis _____ Jaquecas _____ Diarreas _____ Afec. Hepáticas _____

Enuresis _____ Afec. al oído _____ Constipación _____ Desmayos _____ Vómitos _____ Otras _____

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: (diagnóstico y fecha). _____**VACUNACIÓN:** marque con **X**. Antitetánica ___ fecha ___/___/___ Antisarampionosa ___ fecha ___/___/___**SI ESTA BAJO TRATAMIENTO MÉDICO POR ALGUNA AFECCIÓN, MENCIONAR LOS SIGUIENTES DATOS:**

DIAGNOSTICO _____

MEDICAMENTOS _____

DOSIS _____

OBSERVACIONES _____

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO**LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTA FICHA SON DE CARÁCTER CONFIDENCIAL.**

La presente ficha tiene carácter de declaración jurada, dándose por ciertos los datos consignados. Por la presente, en mi carácter de padre, madre, tutor o encargado autorizo a los facultativos que deban atender a mi hijo, a que realicen prácticas médicas y / o intervenciones quirúrgicas aconsejables para el tratamiento de un accidente o enfermedad.

Firma del padre, madre o tutor._____
D.N.I_____
ACLARACIÓN



Escuela Superior de Comercio
"Carlos Pellegrini"

FICHA ANTECEDENTES DE SALUD
Escuela Superior de Comercio
"CARLOS PELLEGRINI"

Apellido y Nombre del Alumno: _____ Fecha: ____/____/____

Fecha Nacimiento: ____/____/____ Edad Actual: ____ años DNI N° _____

Médico Pediatra/de familia: _____ Teléfono de contacto: _____

Cobertura Médica: _____ Plan: _____ Número Afiliado: _____

Centros Médicos en los que prefiere ser atendido en caso de necesidad:

1. Lugar: _____ Dirección: _____ Tel.: _____

2. Lugar: _____ Dirección: _____ Tel.: _____

En caso de Emergencia comunicarse con:

Apellido/nombre: _____ vínculo: _____ Tel. de contacto: _____

Apellido/nombre: _____ vínculo: _____ Tel. de contacto: _____

Información General:

Grupo Sanguíneo:

Factor RH: _____ Peso: _____ kg. Estatura: _____ cm.

Vacunación completa (incluye HPV)

SI

NO

Consigne a continuación si el estudiante, presenta algún problema o alteración que incida en su estado de salud histórico o actual. En caso de responder afirmativamente, por favor especificar y fechar.

Anomalías Congénitas	SI	NO	Alteraciones en el Aparato Cardiovascular		
Detallar:			Cardiopatías Congénitas o Infecciosas	SI	NO
Otras anomalías que se debieran considerar:	SI	NO	Arritmias o soplos	SI	NO
Detallar:			Circulatoria	SI	NO
Alteraciones Neurológicas	SI	NO	Hipertensión Arterial	SI	NO
Detallar:			Hipercolesterolemia	SI	NO
Alteraciones Emocionales	SI	NO	Hemofilia	SI	NO
Detallar:			Otras situaciones a considerar, detallar:	SI	NO

Alteraciones en el Aparato Respiratorio			Alteraciones en la Estructura Abdominal		
Anomalías Respiratorias	SI	NO	Hernias	SI	NO
Sinusitis	SI	NO	Cirugías	SI	NO
Anginas	SI	NO	Úlcera Gastroduodenal	SI	NO
Asma Bronquial	SI	NO			
Otras situaciones a considerar, detallar:			Otras situaciones a considerar, detallar:		

Alteraciones en la Nutrición			Alteraciones en la Estructura Muscular y Osteoarticular		
Obesidad	SI	NO	Fracturas	SI	NO
Alteraciones Digestivas	SI	NO	Luxaciones	SI	NO
Celiaquía	SI	NO	Esguinces	SI	NO
			Lesiones Ligamentosas	SI	NO
			Lesiones Musculares o Tendinosas	SI	NO
			Correcta organización Columna vertebral	SI	NO
Otras situaciones a considerar, Detallar:			Otras situaciones a considerar, Detallar:		

Ha padecido o padece en la actualidad					
Convulsiones	SI	NO	Sarampión	SI	NO
Desmayos	SI	NO	Hepatitis	SI	NO
Hemorragias	SI	NO	Mononucleosis Inf.	SI	NO
Procesos Infecciosos	SI	NO	Parotiditis	SI	NO
Diabetes	SI	NO	Tuberculosis	SI	NO
Dengue	SI	NO	Vértigos/mareos	SI	NO
			Otras situaciones a considerar, Detallar:		

Alergias

Especificar y fechas: _____

- **Agudeza visual. ¿Usa lentes?**

SI

NO

- **Evaluación auditiva. Normal**

SI

NO

Durante o inmediatamente después de la realización de actividad física ha padecido alguna vez:

Cefaleas	SI	NO	Dolor en el Pecho	SI	NO
Mareos	SI	NO	Dificultad para respirar	SI	NO
Vómitos	SI	NO	Pérdida de conciencia	SI	NO
Cansancio extremo	SI	NO	Otros síntomas, detallar:		

¿Toma alguna medicación en forma regular?

Motivo _____

- **Descripción:** _____
- **Fecha estimada inicio del tratamiento:** _____
- **Dosis:** _____
- **Administración:** _____

¿Ha sido internado alguna vez?

SI

NO

¿Cuándo?: _____

¿Por qué?: _____

¿Fue Operado en algún momento?

SI

NO

¿Cuándo? _____

¿De Que? _____

¿En la actualidad, existe alguna otra situación vinculada con la salud del alumno que corresponda informar?

Especificar: _____

OBSERVACIONES:

Dejamos constancia que todos los datos que hemos registrado en la presente ficha de antecedentes de salud de nuestro hijo/a son verídicos.

Nos comprometemos a notificar a las autoridades de la Institución, dentro de los cinco días hábiles y en forma fehaciente, si se produjera alguna modificación en el estado de salud durante el transcurso del ciclo lectivo y/o que variaran algunos de los datos consignados en las planillas remitidas al Establecimiento Educativo.

Fecha: ___/___/___

Firma de Padre: _____ Aclaración: _____ D.N.I. N°: _____

Firma de la Madre: _____ Aclaración: _____ D.N.I. N°: _____

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA

(para ser firmado por un profesional de la salud)

Ciudad de Buenos Aires, _____ de _____

Certifico que _____ DNI: _____ de _____ años de edad, habiendo sido examinado clínicamente y realizando los análisis y estudios correspondientes, se encuentra en condiciones de concurrir a clases y de participar en actividades escolares, como también en aquellas propias del Área de la Educación Física, todas ellas que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración, crecimiento y desarrollo.

Firma: _____

Sello y Matrícula: