[Bogotá,03 de Abril]

Señores
Fundación Celestine Freinet

Estimados señores:

Por este medio, deseo hacer de su conocimiento mi decisión de renunciar a mi cargo como **Auxiliar pedagógico**, por lo que, a partir de la fecha **03 de Abril 2025**, finalizaré mi relación laboral con la empresa.

El motivo de mi renuncia obedece a **motivos de salud y recomendaciones médicas.** De igual manera agradezco por la confianza brindada, así como por la experiencia que me han permitido adquirir durante todo este tiempo, la cual me será de mucha utilidad en mi carrera profesional.

Me despido, deseándoles los mayores éxitos. Atentamente,

Angie Camila Duarte Erazo
C.C 1.020.822.391

Powered by CamScanner

BOGOTA 11 DE ABRIL DE 2025

SEÑORES:

CELESTIN FREINET - RINCON

RENUNCIA VOLUNTARIA

Por medio de la presente yo, **Fanny Lorena Vargas Molina** identificada con CC. **1.022.379.883** de Bogotá me permito presentar mi carta de renuncia al cargo de AUXILIAR EN ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA por motivos personales, siendo el último día laborado el día miércoles 10 de Abril del año en curso.

Agradezco la oportunidad brindada por ustedes, al permitirme laborar en su empresa y valoro los conocimientos que he aprendido y espero contar con ellos en mis futuras tareas.

F. Lorena V argas M.

Fanny Lorena Vargas Molina

CC. 1.022.379.883

CELULAR: 316 859 62 40

Powered by CamScanner

Fecha Impresión 24/04/2025

compensar | salud

INCAPACIDAD MÉDICA O LICENCIA

Entidad
Lugar BOGOTA

Prestador: COMPENSAR CAJA DE COMPENSACION
NIT prestador: 8600669427 REPS: 110010733508

Paciente: DORA OCHOA LEANDRO
Edad: 60 Años **Sexo:** Femenino **Tipo Identificación:** CC **Identificación:** 51848756

Grupo Servicios: Consulta externa
Origen Prestación: Común
Modalidad Atención: Ambulatorio
Fecha Expedición: 24/04/2025
Días Incapacidad: 30

Servicio de prestación: Intramural
Incapacidad Retroactiva: **Causa:**
Tipo Incapacidad: Inicial **Prórroga:** No **Causa Incapacidad:** Enfermedad General
Hora: 00:00:00
Inicio Incapacidad: 24/04/2025 **Fin Incapacidad:** 23/05/2025

Nit Empleador: 830142249 **Número Incapacidad:** 66738186 **Número Interno:** 5432271

Diagnóstico Principal **Diagnósticos Relacionados**
H813

Observaciones
VERTIGO SEVERO INCAPACITANTE DE MUY DIFICIL CONTROL

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

Firma: PEDRAZA MANTILLA ALVARO
CC 3182055

Registro Médico: 3182055

Especialidad: OTORRINOLARINGOLOGIA
Sede: 10E USS SUBA

Powered by CamScanner