Bogotá 05 de agosto de 2025

Asunto: Carta de renuncia voluntaria

Fundación Chaminade

A través del presente escrito, deseo manifestar mi renuncia voluntaria al puesto de trabajo como auxiliar de servicios generales, que hasta ahora he ocupado en el Jardín Portal De Los Sueños. Del 03/06/2025 hasta el 05/08/2025. Dicha decisión corresponde a motivos personales, por lo que agradezco todos los aprendizajes y experiencias que enriquecieron mi formación, producto del tiempo que e aquí laboré.

Deseo siempre lo mejor para la Fundación Chaminade y para cada uno de mis compañeros de trabajo.

Sin más que agregar, esperando a que sean comprendidas las razones antes expuestas.

Claudia Jeannet Cruz.

Atentamente: Claudia Jeannet Cruz

CC39.796.863

Yarlin Valentina Valero Rincón
Profesional de atención en primera infancia
01 de agosto, 2025.

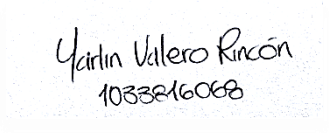
Fundación Chaminade
Nelly Vargas

Por medio de la presente, quiero comunicar formalmente mi decisión de renunciar al cargo de Profesional de atención en primera infancia en la Fundación chaminade, con fecha efectiva a partir del dia de hoy.

Agradezco la oportunidad brindada durante mi tiempo en la fundación.

Sin más, quedo a disposición para coordinar una transición ordenada.

Atentamente,




Yarlin Valentina Valero Rincón
C.C. 1033816068
Lic. Educación infantil.

Bogotá, 11 de agosto de 2025

Señores:

**Fundación Chaminade**

SOLICITUD PERMISO

Me dirijo a ustedes para solicitar permiso laboral debido a temas personales desde el día 19 de agosto de 2025 a 22 de agosto 2025.

Agradezco su comprensión y consideración ante la presente solicitud.

Quedo atenta a solicitudes que sean necesarias.



Nelly Vargas Daza

Responsable de servicio

Jardín cofinanciado Portal de los sueños

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR
NIT. 860.007.336-1

**COLSUBSIDIO NIT 860007336-1**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Consecutivo:** | 0003265308 | | | | |
| **Nombre del Paciente** | MARTHA YAMILE TORRES CASILIMA | **Tipo de documento** | Cédula de Ciudadania | **Número de documento** | 39562392 |
| **Fecha de nacimiento** | 23/05/1967 | **Edad atención** | 58 años 2 meses | **Sexo** | Femenino |
| **Episodio** | 91623996 | **Asegurador** | FAMI CONTRIBUTIVO | **Categoría** | A |
| **Tipo de vinculación** | RCT: Cotizante | **Lugar de atención** | CL OFTALMOLOGICA | | |
| **Fecha de impresión:** | 12/08/2025 | | | | |

**Incapacidad Médica**

**Hra Ingreso a Consulta:** 6:58 **Fecha Ingreso a Consulta:** 12/08/2025 **Clse incapacidad:** Enfermedad General

**Modalidad de atención:** Hospitalaria **Tipo incapacidad:** Inicial

**Fecha de Egreso:** 12/08/2025 **Procedimiento Estético:** NO

**Días de Incapacidad:** 15 QUINCE **Fecha Inicio Incapacidad:** 12/08/2025 **Fecha Fin Incapacidad:** 26/08/2025

**Diagnóstico Principal:** H260

**Observaciones:** SE INCAPACITA POR 15 DIAS POP FAOC MAS LIO OD




**Firma del prestador:**

**Responsable:** MOSOS, GABRIEL **Número de identificación:** 93408519 **Especialidad:** OFTALMOLOGIA

Vigilado Supersalud