



SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL DE
CENTRO EDUCATIVO PUERTO CALDAS
Corregimiento Puerto Caldas - Vereda San Isidro
RESOLUCION 736 (13-03-12) NIT. 81600
CODIGO DANE No. 266001004999
Núcleo de Desarrollo Educativo N° 6

ALCALDIA DE PEREIRA

Radicación No: **47895-2017**

Fecha: 13/10/2017-15:30:21

Recibido por: SANDRA MILENA BETANCOURT ARISTIZABAL

Destino: 1040 Dirección de Bienestar y Servicios Educativos

Anexos: 1

Pereira, Octubre 13 de 2017

Oficio 020


Doctora
PAULA ANDREA MONTOYA HERNÁNDEZ
Directora administrativa de prestación del servicio educativo y administración
de plazas docentes
L. C.

Cordial saludo

Por medio de la presente, y como director del Centro Educativo PUERTO CALDAS, le solicito se sirva autorizar horas extras para atender el grado Segundo de Básica Primaria en los días programados para la recuperación durante los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre, dado que la docente María Paulina Arroyave Herrera quien fue asignada para cubrir la plaza vacante definitiva del docente Nelson Acosta Gaviria solo debía seis (6) días los cuales cumplió ayer octubre 12.

Agradeciendo la atención prestada, me es grato dirigirme a usted

Atentamente


Hernando Núñez Ch.
Director
Cel. 3154239507
Correo hnch9456@hotmail.com

Anexo carta de la IE La Palmilla

Correo: cepuertocaldas@hotmail.com
Celular: 3214321964



SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL PEREIRA
CENTRO EDUCATIVO PUERTO CALDAS
RESOLUCION 375(26-05-97) NIT. 816006192-3.
CODIGO DANE No.266001004999

Pereira, 11 de octubre de 2017.

SEÑORES:

COSMITET PEREIRA


E. S. M.

Cordial saludo.

Yo Hernando Núñez Chaves identificado con C.C. nro. 9.778.597 de Calarcá (Quindío) como Director Rural del Centro Educativo Puerto Caldas, certifico que el día 10 de octubre de 2017 siendo las 14 horas y 50 minutos aproximadamente, la docente Diana Milena Gutiérrez Moreno sufre la torcedura de su tobillo derecho, cuando salía del salón asignado para sus clases de artística y se dirigía al lugar que se le asigna para vigilar en los descansos de los estudiantes, el accidente se produce cuando intenta bajar una pequeña rampa que hay al lado de la puerta principal de la institución, produciéndose una lesión que en pocos minutos se inflamó y se tornó dolorosa hasta el punto de que la docente casi pierde el conocimiento.

Agradezco la atención prestada.

Atentamente,


Hernando Núñez Chaves.

Director Rural

C.C. nro. 9.778.597 de Calarcá (Quindío)

RECIBIDO: 12/10/2017
3 FOLIOS

COSMITET LTDA
DEPARTAMENTO DE
SALUD OCUPACIONAL



FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTE DE TRABAJO

IDENTIFICACIÓN SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
SEDE PRINCIPAL

NOMBRE SED Pereira		IDENTIFICACIÓN		DIRECCIÓN		TELÉFONO	
FAX		CORREO ELECTRÓNICO		DEPARTAMENTO Risaralda		MUNICIPIO Pereira	
NOMBRE INSTITUCIÓN EDUCATIVA		CENTRO EDUCATIVO DONDE LABORA EL DOCENTE					
Centro Educativo Puerto Caldas							
TELÉFONO 321 432 1964		DIRECCIÓN Cra 9ª # 29 - 51		DEPARTAMENTO Risaralda		MUNICIPIO Pereira	
TIPO DE VINCULACIÓN		INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE ACCIDENTADO					
PRIMER APELLIDO Gutiérrez		PLANTA PROVISIONAL		PRIMER NOMBRE Diana		SEGUNDO NOMBRE Milena	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC X		NÚMERO 42.161.703		FECHA DE NACIMIENTO (DIA, MES, AÑO)		SEXO FEMENINO X	
DIRECCIÓN		TELÉFONO 3184769101		DEPARTAMENTO Risaralda		MUNICIPIO Pereira	
CARGO DOCENTE X		FECHA DE INGRESO (DIA, MES, AÑO) 25/03/1985		SALARIO		JORNADA DE TRABAJO HABITUAL TARDE X	
D.O. RECTOR (A) COORDINADOR (A)		FECHA DEL ACCIDENTE (DIA, MES, AÑO) 10/10/2017		HORA DEL ACCIDENTE (DIA, MES, AÑO) 14:50		DIA DE LA SEMANA EN QUE OCURRE MAR X	
JORNADA EN QUE SUCEDE NORMAL X		ESTABA REALIZANDO SU LABOR HABITUAL SÍ X		CUÁL (Diligenciar solo en caso negativo)		TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE	
TIPO DE ACCIDENTE PROPIO DEL TRABAJO X		CALISÓ LA MUERTE NO X		DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE Risaralda		MUNICIPIO DEL ACCIDENTE Pereira	
LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE DE TRABAJO DENTRO DEL COLEGIO		INDIQUE EL SITIO DONDE OCURRIÓ		TIPO DE LESIÓN		FORMA DEL ACCIDENTE	
<input type="checkbox"/> AULA ESCOLAR <input type="checkbox"/> ÁREAS RECREATIVAS <input checked="" type="checkbox"/> CORREDORES O PASILLOS <input type="checkbox"/> ESCALERAS <input type="checkbox"/> ÁREA DE CIRCULACIÓN DE VEHÍCULOS (PARQUEO) <input type="checkbox"/> OFICINAS (SALA DE PROFESORES) <input type="checkbox"/> ÁREAS COMUNES <input type="checkbox"/> OTROS CUÁL?		<input type="checkbox"/> FRACTURA <input type="checkbox"/> LUXACIÓN <input checked="" type="checkbox"/> TORCE DURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR <input type="checkbox"/> HERNIA O LACERACIÓN, MUSCULO, TENDÓN SIN HERIDA <input type="checkbox"/> CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO <input type="checkbox"/> AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (PERDIDA DIO) <input type="checkbox"/> HERIDA <input type="checkbox"/> TRAUMA SUPERFICIAL		<input type="checkbox"/> GLOPE, CONTUSIÓN, APLASTAMIENTO <input type="checkbox"/> QUEMADURA <input type="checkbox"/> ENVENENAMIENTO, INTOXICACIÓN AGUDA, ALERGIA <input type="checkbox"/> EFECTO DEL CLIMA, DEL TIEMPO O DE AMBIENTE <input type="checkbox"/> ASFIXIA <input type="checkbox"/> EFECTO DE LA ELECTRICIDAD <input type="checkbox"/> EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN <input type="checkbox"/> LESIONES MÚLTIPLES <input type="checkbox"/> OTRO? CUÁL?		<input type="checkbox"/> CAÍDA DE OBJETOS <input type="checkbox"/> CAÍDA DE PERSONAS <input checked="" type="checkbox"/> PISADAS, CHOQUES O GOLPES <input type="checkbox"/> ATRAPAMIENTOS <input type="checkbox"/> SOBRESUEZUO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO <input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA <input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN O CONTACTO CON ELECTRICIDAD <input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS, RADIACIONES O SALPICADURAS <input type="checkbox"/> OTRO: CUÁL?	
PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADA		AGENTE CON EL QUE SE LESIONÓ EL DOCENTE		PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE			
<input type="checkbox"/> CABEZA <input type="checkbox"/> OJO <input type="checkbox"/> CUELLO <input type="checkbox"/> TRONCO (ESPALDA, COLUMNA, PELVIS) <input type="checkbox"/> TORAX <input type="checkbox"/> ABDOMEN <input type="checkbox"/> MIEMBROS SUPERIORES <input type="checkbox"/> MANOS <input type="checkbox"/> MIEMBROS INFERIORES <input checked="" type="checkbox"/> PIES <input type="checkbox"/> MÚLTIPLES		<input type="checkbox"/> EQUIPOS O MÁQUINAS <input type="checkbox"/> MEDIO DE TRANSPORTE <input type="checkbox"/> HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS, UTENSILIOS <input type="checkbox"/> MATERIALES O SUSTANCIAS <input checked="" type="checkbox"/> AMBIENTE DE TRABAJO (SINIFICIOS DE TRÁNSITO, MUEBLES, TEJADOS, PUERTAS, VENTANAS) <input type="checkbox"/> OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS <input type="checkbox"/> APARATOS <input type="checkbox"/> ANIMALES (VIVOS O PRODUCTOS ANIMALES) <input type="checkbox"/> AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS		APELLIDOS Y NOMBRES Sánchez Ferner IDENTIFICACIÓN CC X CE NÚMERO 4711558 CARGO Conserje APELLIDOS Y NOMBRES Castro Julián IDENTIFICACIÓN CC X CE NÚMERO 40.016.643 CARGO Docente			
DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE		RESPONSABLE DEL INFORME					
DESCRIBIR DE MANERA DETALLADA EL ACCIDENTE. LA DESCRIPCIÓN (RESPONDA A LAS PREGUNTAS ¿QUÉ, CÓMO, CUÁNDO? ¿DÓNDE?) La docente sale de su salón asignado a descanso, al bajar una pequeña rampa que hay al lado de la puerta principal, se torce el tobillo del pie derecho y le toca sentarse porque le empieza a doler, posteriormente se retira el zapato y empieza a inflamarse y aumenta el dolor.		APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS Núñez Chaves Hernando					
		DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC X CE NÚMERO 9778577 de Calarcá					
		FIRMA					
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME (DIA, MES, AÑO) 10/10/2017					



SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL PEREIRA
CENTRO EDUCATIVO PUERTO CALDAS
RESOLUCION 375(26-05-97) NIT. 816006192-3.
CODIGO DANE No.266001004999

Pereira, 11 de octubre de 2017.

SEÑORES:

COSMITET PEREIRA

E. S. M.

Cordial saludo.

Yo Hernando Núñez Chaves identificado con C.C. nro. 9.778.597 de Calarcá (Quindío) como Director Rural del Centro Educativo Puerto Caldas, certifico que el día 10 de octubre de 2017 siendo las 14 horas y 50 minutos aproximadamente, la docente Diana Milena Gutiérrez Moreno sufre la torcedura de su tobillo derecho, cuando salía del salón asignado para sus clases de artística y se dirigía al lugar que se le asigna para vigilar en los descansos de los estudiantes, el accidente se produce cuando intenta bajar una pequeña rampa que hay al lado de la puerta principal de la institución, produciéndose una lesión que en pocos minutos se inflamó y se tornó dolorosa hasta el punto de que la docente casi pierde el conocimiento.

Agradezco la atención prestada.

Atentamente,

Hernando Núñez Chaves.
Director Rural
C.C. nro. 9.778.597 de Calarcá (Quindío)

RECIBIDO 12/10/2017
3 FOLIOS

COSMITET UDA
COMITÉ DE
ESTUDIANTE DE
PUERTO CALDAS



FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTE DE TRABAJO

IDENTIFICACIÓN SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
SEDE PRINCIPAL

NOMBRE SED <u>Pereira</u>		IDENTIFICACIÓN		DIRECCIÓN		TELÉFONO	
FAX		CORREO ELECTRONICO		DEPARTAMENTO <u>Risaralda</u>		MUNICIPIO <u>Pereira</u>	
NOMBRE INSTITUCIÓN EDUCATIVA		CENTRO EDUCATIVO DONDE LABORA EL DOCENTE		ZONA		<u>R</u> <u>X</u>	
TELÉFONO <u>321 432 1964</u>		DIRECCIÓN <u>Ca 9ª # 29 - 51</u>		DEPARTAMENTO <u>Risaralda</u>		MUNICIPIO <u>Pereira</u>	
TIPO DE VINCULACIÓN		PLANTA		INFORMACIÓN DEL DOCENTE ACCIDENTADO		ZONA	
<u>CC X</u>		<u>42.161.703</u>		PROVISIONAL <u>X</u>		<u>R</u> <u>X</u>	
PRIMER APELLIDO <u>Gutiérrez</u>		SEGUNDO APELLIDO <u>Morero</u>		PRIMER NOMBRE <u>Diana</u>		SEGUNDO NOMBRE <u>Milena</u>	
FECHA DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO		FECHA DE NACIMIENTO (DÍA, MES, AÑO)		SEXO	
<u>CC X</u>		<u>42.161.703</u>		<u>31/03/1985</u>		MASCULINO <u> </u> FEMENINO <u>X</u>	
DIRECCIÓN		TELÉFONO		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	
<u> </u>		<u>3184769101</u>		<u>Risaralda</u>		<u>Pereira</u>	
CARGO DOCENTE <u>X</u> ORIENTADOR (A) <u> </u>		FECHA DE INGRESO (DÍA, MES, AÑO)		SALARIO		JORNADA DE TRABAJO HABITUAL	
D. D. RECTOR (A) <u> </u> COORDINADOR (A) <u> </u>		<u>25/03/1985</u>		<u> </u>		<u> </u> MARIANA <u> </u> TARDE <u>X</u> NOCHE <u> </u> GLOBAL <u> </u>	
FECHA DEL ACCIDENTE (DÍA, MES, AÑO)		HORA DEL ACCIDENTE (D. D. HORAS)		DÍA DE LA SEMANA EN QUE OCURRE			
<u>10/10/2017</u>		<u>14:50</u>		LUN <u> </u> MAR <u>X</u> MIE <u> </u> JUE <u> </u> VIE <u> </u> SAB <u> </u> DOM <u> </u>			
JORNADA EN QUE SUCEDE		TIPO DE ACCIDENTE		CUAL (Diligenciar solo en caso negativo)		TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE	
NORMAL <u>X</u> EXTRA <u> </u>		PROPIO DEL TRABAJO <u> </u> TRANSITO <u>X</u>		<u> </u> CAUSÓ LA MUERTE <u> </u> NO <u>X</u>		<u> </u>	
LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE DE TRABAJO		DENTRO DEL COLEGIO		FUERA DEL COLEGIO		ZONA ACCIDENTE	
<u> </u>		<u> </u>		<u> </u>		<u> </u> <u>R</u> <u>X</u>	
INDIQUE EL SITIO DONDE OCURRIÓ		TIPO DE LESIÓN		FORMA DEL ACCIDENTE			
<input type="checkbox"/> AULA ESCOLAR <input type="checkbox"/> ÁREAS RECREATIVAS <input checked="" type="checkbox"/> CORREDORES O PASILLOS <input type="checkbox"/> ESCALERAS <input type="checkbox"/> AREA DE OPERACIÓN DE VEHICULOS (PARKING) <input type="checkbox"/> OFICINAS (SALA DE PROFESORES) <input type="checkbox"/> ÁREAS COMUNES <input type="checkbox"/> OTROS CUAL?		<input type="checkbox"/> FRACTURA <input type="checkbox"/> LUXACIÓN <input checked="" type="checkbox"/> TORCEDURA, ESGUINCE, DESGARRO MUSCULAR <input type="checkbox"/> HERNIA O LACERACIÓN, MUSCULO, TENDÓN SIN HEMIA <input type="checkbox"/> CONMOCIÓN O TRAUMA INTERNO <input type="checkbox"/> AMPUTACIÓN O ENUCLEACIÓN (PÉRDIDA DIO) <input type="checkbox"/> HERIDA <input type="checkbox"/> TRAUMA SUPERFICIAL		<input type="checkbox"/> GOLPE, CONTUSIÓN, APLASTAMIENTO <input type="checkbox"/> QUEMADURA <input type="checkbox"/> ENVENENAMIENTO, INTOXICACIÓN AGUDA, ALERGIA <input type="checkbox"/> EFECTO DEL CLIMA, DEL TIEMPO O DEL AMBIENTE <input type="checkbox"/> ASFIDIA <input type="checkbox"/> EFECTO DE LA ELECTRICIDAD <input type="checkbox"/> EFECTO NOCIVO DE LA RADIACIÓN <input type="checkbox"/> LESIONES MÚLTIPLES <input type="checkbox"/> OTRO? CUAL?			
PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADA		AGENTE CON EL QUE SE LESIONÓ EL DOCENTE		FORMA DEL ACCIDENTE			
<input type="checkbox"/> CABEZA <input type="checkbox"/> OJO <input type="checkbox"/> CUELLO <input type="checkbox"/> TRONCO (ESPALDA, COLUMNA, PELVIS) <input type="checkbox"/> TORAX <input type="checkbox"/> ABDOMEN <input type="checkbox"/> MIEMBROS SUPERIORES <input type="checkbox"/> MANOS <input type="checkbox"/> MIEMBROS INFERIORES <input checked="" type="checkbox"/> PIES <input type="checkbox"/> MÚLTIPLES		<input type="checkbox"/> EQUIPOS O MÁQUINAS <input type="checkbox"/> MEDIO DE TRANSPORTE <input type="checkbox"/> HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS, UTENSILIOS <input type="checkbox"/> MATERIALES O SUSTANCIAS <input checked="" type="checkbox"/> AMBIENTE DE TRABAJO (SUPERFICIES DE TRÁNSITO, MUEBLES, TEJADOS, PUERTAS, VENTANAS) <input type="checkbox"/> OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS <input type="checkbox"/> APARATOS <input type="checkbox"/> ANIMALES (VIVOS O PRODUCTOS ANIMALES) <input type="checkbox"/> AGENTES NO CLASIFICADOS POR FALTA DE DATOS		<input type="checkbox"/> CAÍDA DE OBJETOS <input type="checkbox"/> CAÍDA DE PERSONAS <input checked="" type="checkbox"/> PISADAS, CHOCOS O GOLPES <input type="checkbox"/> ATRAPAMIENTOS <input type="checkbox"/> SOBRESFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO <input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN O CONTACTO CON TEMPERATURA EXTREMA <input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN O CONTACTO CON ELECTRICIDAD <input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIAS, RADIACIONES O SALPICADURAS <input type="checkbox"/> OTRO? CUAL?			
DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE		PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE					
DESCRIBIR DE MANERA DETALLADA EL ACCIDENTE. LA DESCRIPCIÓN (RESPONDA A LAS PREGUNTAS QUÉ, CÓMO, CUÁNDO? DÓNDE?)		APELLIDOS Y NOMBRES		IDENTIFICACIÓN		NÚMERO	
<p>La docente sale de su salón asignado a descanso, al bajar una pequeña rampa que hay al lado de la puerta principal, se tuerce el tobillo del pie derecho y le toca sentarse porque le empiezan a doler, posteriormente se retira el zapato y empieza a inflamarse y aumento el dolor.</p>		García Ferny		cc X cc		4711558	
		Castro Julán		cc X cc		10.016.643	
RESPONSABLE DEL INFORME		APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS					
		Múñez Chaves Hernando					
		DOCUMENTO DE IDENTIDAD		NÚMERO			
		cc X cc		9778577 de Calarcá			
		FIRMA					
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME (DÍA, MES, AÑO)					
		10/10/2017					



Clasificación	Petición ó Tutela		
Fecha de radicación:	13 de octubre de 2017	Número de radicado:	47895
Tipo de documento:	CONSULTA DE DOCUMENTOS	Fecha de oficio entrante:	
Número de oficio entrante:			
Persona natural o jurídica:	HERNANDO NUSTEZ CHAVEZ		
Descripción o asunto:	SOLICITUD	Tiempo de respuesta (días):	
Anexos físicos:		Descripción de anexos físicos:	5
Anexos digitales:			
Destino:	OPERADOR SAIA EDUCACION - AUXILIAR ADMINISTRATIVO	Copia a:	-

