INSTRUCTIVO DE USO

* ANTE QUIEN SE DEBE RADICAR: **ante la Secretaria de Educación correspondiente**
* COMO SE RADICA: se debe radicar de forma individual

(Lugar y fecha)

Sr.

**JULIAN FERNANDO GOMEZ ROJAS**

SECRETARIO DE EDUCACION DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

Ibagué

Ref. Derecho de Petición

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, identificado civilmente como aparece al pie de mi firma actuando en nombre propio y en calidad de docente vinculado a esa ente territorial, asignados actualmente a la Institución Educativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en ejercicio del Derecho de Petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Nacional y de los artículos 13 y siguientes del C.P.A.C.A., respetuosamente acudo a Ud. para solicitar:

**SE AUTORICE LA CONTINUIDAD DE MIS FUNCIONES COMO DOCENTE DE MANERA VIRTUAL EN LA INSTITUCION EDUCATIVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

La anterior solicitud la sustento con los siguientes

**HECHOS:**

1. En el mes de \_\_\_\_\_\_ de 2021, por encontrarme en delicado estado de salud los galenos me ordenaron examen para la detección de COVID-19.
2. La prueba ordenada se tomó el día \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_ de 2021, la cual arrojo como resultado de detección POSITIVO para COVID-19.
3. De acuerdo a las orientaciones dadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y por los galenos tratantes las personas que tuvimos virus solo podemos ser vacunadas 90 días después del inicio de síntomas para los pacientes sintomáticos y para para los asintomáticos los 90 días se contarán a partir de la prueba confirmatoria. Y solo después de esas fechas seremos incluidos en las etapas del Plan Nacional de Vacunación contra el covid-19.
4. Regresar a la presencialidad es un gran riesgo para mi salud, mi vida y la de mi grupo familiar; más aun teniendo en cuenta que en la Institución Educativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del municipio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_no se ha hecho inversión ni adecuación alguna que permita el regreso a la presencialidad en condiciones seguras.

**CONSIDERACIONES**

La Resolución 777 de 2021 Ministerio de Salud y Protección Social sobre el retorno a las actividades laborales expone:

***ARTÍCULO 5.*** *Retorno a las actividades laborales, contractuales y educativas de manera presencial. Las Secretarías de Educación de las entidades territoriales certificadas organizarán e retorno a las actividades académicas presencia1es de los docentes, directivos docentes, personal administrativo y personal de apoyo logístico que hayan recibido el esquema completo de vacunación.*

*Los empleadores o contratantes públicos y privados establecerán estrategias para el regreso a las actividades laborales o contractuales de manera presencial de las personas que hayan recibido el esquema completo de vacunación.*

En concordancia con el literal d) del numeral segundo de la DIRECTIVA MINISTERIAL 05 DE 2021 dice:

**2. Participación de los docentes, directivos docentes, personal administrativo y personal de apoyo logístico en el regreso a la prestación del servicio educativo de manera presencial.**

*d) Todo el personal que labora en el sector educativo oficial independientemente de situaciones de comorbilidades o edad debe asistir a las Instituciones Educativas****, tal y como quedó definido en el parágrafo del artículo 5 de la resolución 777 de 2021****, hacerlo cumpliendo estrictamente con los protocolos de bioseguridad establecidos y propendiendo por el autocuidado so pena de no recibir el salario por los días no laborados de manera presencial sin justificación alguna, e incurrir en faltas disciplinarias por no cumplir con las finalidades de su cargo y el cumplimiento de sus deberes. (Subrayado fuera de texto)*

**PETICION**

Por lo expuesto anteriormente y teniendo en cuenta que la posibilidad de vacunarme es aún lejana reitero mi solicitud de que **SE AUTORICE LA CONTINUIDAD DE MIS FUNCIONES COMO DOCENTE DE MANERA VIRTUAL**

**ANEXOS**

Para los fines pertinentes anexo:

* Historia clínica
* Copia del Examen COVID-19
* Certificación y/o recomendacióndel médico tratante

**NOTIFICACIONES**

Recibiremos Notificaciones de ese despacho en la siguiente dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y en el correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Atentamente;

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_