

9

Agosto 14 – 2.015 Pereira Rda.

ALCALDIA DE PEREIRA
Radicación No: 47785-2015
Fecha: 14/08/2015 15:09:23
Recibido por: ROSARIO BUITRAGO
Destino: Secretaria de Educación
Anexo: 1

Sres.:

SECRETARIA DE EDUCACIÓN

LICENCIAS

Cordial saludo.

Yo, Martha Andrea Ramírez Morales identificada con cédula de ciudadanía N° 42135786 de la ciudad de Pereira me encuentro en licencia de maternidad la cual termina el 01 de septiembre del año en curso, pero he decidido tomar mis vacaciones que corresponden a 14 días, para lo cual requiero me informen por escrito la fecha de reintegro a mi trabajo, además comedidamente les solicito un docente que cubra los días anteriormente mencionados o dar continuidad al docente que está cubriendo mi licencia.

Para constancia de que la rectora de la Institución Educativa San Vicente Hogar tiene conocimiento de dicha decisión, firma en la parte inferior.

Atentamente



Martha Andrea Ramírez Morales.

Docente



Gloria Marín Jaramillo

Rectora

Dirección: Cra. 2 Calle 33 Mz 27 C 6 Barrio Galán

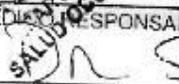
Cel: 3128587664



COSMITET LTDA.
 Dependencia de la Unidad Ejecutiva Ejecutiva E-0214

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA

INCAPACIDAD No. 263332

CIUDAD	DIA	MES	AÑO	SECCIONAL
PEREIRA	28	05	15	
INGRESO		DIA	MES	AÑO
I ENTIDAD COTIZANTE				
MAGISTERIO: <input type="checkbox"/> VALLE <input type="checkbox"/> CAJCA <input type="checkbox"/> CAJANAL <input type="checkbox"/> CAPRECOM <input type="checkbox"/>				
S.O.S <input type="checkbox"/> POLICIA <input type="checkbox"/>				
II DATOS DEL COTIZANTE				
1er APELLIDO	2do APELLIDO	NOMBRES		
PAMINEZ	MORALES	MARTHA ANDREA		
CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	EDAD	SEXO	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/>	
No. 42.135.786				
ENTIDAD DONDE LABORA PEREIRA		CARGO ACTUAL		
IE SAN V. HOGAN		DOCENTE		
SECTOR: PUBLICO <input checked="" type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>				
III INFORMACION DE LA INCAPACIDAD INICIAL <input checked="" type="checkbox"/> PRORROGA <input type="checkbox"/>				
CODIGO 0800		NOMBRE DE LA PATOLOGIA: LICENCIA DE MATERNIDAD		
DIAS INCAPACIDAD		FECHA DE INICIO		FECHA DE FINALIZACION
NUMERO Y EN LETRA		DIA	MES	AÑO
98 (NOVENTA OCHO)		27	05	15
		01	09	15
IV CONTINGENCIA				
ENF. GENERAL <input checked="" type="checkbox"/>		ENF. PROFESIONAL <input type="checkbox"/>		ACCIDENTE LABORAL <input type="checkbox"/>
OTRO <input type="checkbox"/>		LICENCIA <input checked="" type="checkbox"/>		EDAD GESTACIONAL: <input type="checkbox"/>
MEDICO RESPONSABLE (FIRMA Y SELLO)			REGISTRO MEDICO	
 DR. SHIRLEY BETTS AWEAN				
FIRMA DEL USUARIO		CEDULA	FECHA	
			TP 8134307	



Clasificación	Correspondencia General		
Fecha de radicación:	14 de agosto de 2015	Número de radicado:	47785
Tipo de documento:	Carta	Fecha de oficio entrante:	
Número de oficio entrante:			
Persona natural o jurídica:	GLORIA MARIN JARAMILLO		
Descripción o asunto:	INFORME	Tiempo de respuesta (días):	
Anexos físicos:		Descripción de anexos físicos:	1
Anexos digitales:			
Destino:	OPERADOR SAC - Auxiliar Administrativo	Copia a:	-

