



INSTITUCIÓN EDUCATIVA  
**ALFONSO JARAMILLO GUTIERREZ**

Resolución N°. 2379 del 30 de octubre de 2002  
DANE 166001000620 NIT.891408382-5

ALCALDIA DE PEREIRA  
Redacción No. 47282-2015  
Fecha: 10/08/2015  
Recibido por: TIBSON HINCA LINDO  
Cargo: Secretario de Educación  
Anexo:

Pereira, 11 de agosto de 2015

Doctora  
**MARIA SIRLEY OSSA VERGARA**  
Directora Administrativa de Prestación del Servicio Educativo  
y administración de Plazas docentes  
Secretaria de Educación Municipal  
Ciudad

Cordial saludo

Comendidamente solicito la autorización de horas extras para cubrir la incapacidad de la docente de PRIMARIA, LAURA MARIA GRISALES CORTES, con cédula 42.152.488 desde el día 10 de agosto hasta el día 19 agosto de 2015.

Atentamente,



INSTITUCIÓN EDUCATIVA  
**ALFONSO JARAMILLO GUTIERREZ**

Resolución N°. 2379 del 30 de octubre de 2002  
DANE 166001000620 NIT:891408302-5

ALCALDIA DE PEREIRA  
Radicación No: 47282-2015  
Fecha: 10/08/2015  
Recibido por: HELBERTO ALBERTO PERA  
Destino: SECRETARIA DE EDUCACION  
Agrupado:

Pereira, 11 de agosto de 2015

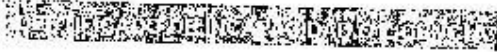
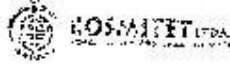
Doctora  
**MARIA SIRLEY OSSA VERGARA**  
Directora Administrativa de Prestación del Servicio Educativo  
y administración de Plazas docentes  
Secretaria de Educación Municipal  
Ciudad

Cordial saludo

Comedidamente solicito la autorización de horas extras para cubrir la incapacidad de la docente de PRIMARIA, LAURA MARIA GRISALES CORTES, con cédula 42.152.486 desde el día 10 de agosto hasta el día 18 agosto de 2015.

Atentamente,

*Carlos Villalba B.*  
CARLOS ABRAHAM VILLALBA BAZA  
Rector



INCAPACIDAD No. 298343

Ciudad	DIA	MES	AÑO	SECCIONAL			
<i>Llanos</i>	<i>10</i>	<i>1</i>	<i>1998</i>	INGRESO	DIA	MES	AÑO
I. ENTIDAD COTIZANTE							
MAGISTERIO: <input type="checkbox"/> VALLE <input type="checkbox"/> CAUCA <input type="checkbox"/> CALANAL <input type="checkbox"/> CAJACOM <input type="checkbox"/>							
S.O.S. <input type="checkbox"/> POLICIA <input type="checkbox"/>							
II. DATOS DEL COTIZANTE							
1er APELLIDO		2do APELLIDO		NOMBRES			
<i>Montes</i>		<i>Castro</i>		<i>Laura Montes</i>			
CC <input checked="" type="checkbox"/>	CE <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	EDAD	SEXO Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/>			
No. <i>1795278</i>							
ENTIDAD DONDE LABORA <i>INSA</i>				CARGO ACTUAL <i>Operaria</i>			
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 <i>200</i> NOVEDADES A PATOLOGIA: <i>Lesiones por esfuerzo</i>							
DIAS INCAPACIDAD		FECHA DE INICIO			FECHA DE FINALIZACION		
NUMERO Y EN LETRA		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
<i>10</i>		<i>10</i>	<i>1</i>	<i>1998</i>	<i>10</i>	<i>1</i>	<i>1998</i>
IV. CONTINGENCIA							
EN GENERAL <input checked="" type="checkbox"/> EN PROFESIONAL <input type="checkbox"/> ACCIDENTE LABORAL <input type="checkbox"/>							
O PAAGUENTE <input type="checkbox"/> LICENCIA <input type="checkbox"/> LEAD GES (ACCIDENTAL) <input type="checkbox"/>							
MEDICO RESPONSABLE (FIRMA Y SELLO)				REGISTRO MEDICO			
DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL							



<b>Clasificación</b>	Petición ó Tutela		
<b>Fecha de radicación:</b>	12 de agosto de 2015	<b>Número de radicado:</b>	47282
<b>Tipo de documento:</b>	Carta	<b>Fecha de oficio entrante:</b>	2015-08-12 09:50
<b>Número de oficio entrante:</b>			
<b>Persona natural o jurídica:</b>	CARLOS ABRAHAM VILLABA BAZA		
<b>Descripción o asunto:</b>	SOLICITUD	<b>Tiempo de respuesta (dias):</b>	
<b>Anexos físicos:</b>		<b>Descripción de anexos físicos:</b>	
<b>Anexos digitales:</b>			
<b>Destino:</b>	OPERADOR SAC - Auxiliar Administrativo	<b>Copia a:</b>	-

