



MUNICIPIO DE PEREIRA
"INSTITUCION EDUCATIVA"
INSTITUTO TECNICO SUPERIOR
Preescolar - Primaria y Bachillerato Industrial

9

Aprobada por la Secretaría de Educación Municipal de Pereira, Resolución N°.456 de Octubre 14 de 2004
N° DANE 166001002061 NIT 891480070-7

ALCALDIA DE PEREIRA
Radicación No: 48005-2015
Fecha: 18/08/2015 15:28:20
Recibido por: JOSE OYERBUENA
Destino: Secretaría de Educación
Anexo: 1

Pereira, Agosto 18 de 2015

Doctora
MARIA SIRLEY OSSA VERGARA
Directora Administrativa Plazas Docentes
Secretaría de Educación Municipal
Pereira, Risaralda

Cordial saludo,

Ante la incapacidad Médica No. 246418 del docente CARLOS ARTURO ECHEVERRI MOLINA, identificado con cédula de ciudadanía No.4.581.435 del área de electricidad, respetuosamente solicito su AUTORIZACIÓN para el pago de horas extras y poder cubrir así la asignación académica dejada por el docente.

Atentamente,

JOSE DANIEL OCAMPO MARULANDA
Rector



CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA

INCAPACIDAD No. 246418

CIUDAD	DIA	MES	AÑO	SECCIONAL			
				INGRESO	DIA	MES	AÑO
I ENTIDAD COTIZANTE							
MAGISTERIO: <input type="checkbox"/> VALLE <input type="checkbox"/> CAUCA <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			
CC <input checked="" type="checkbox"/>	CE <input type="checkbox"/>	TI <input type="checkbox"/>	EDAD	SEXO	Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	
No.							
ENTIDAD DONDE LABORA				CARGO ACTUAL			
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: NOMBRE DE LA PATOLOGIA:							
DIAS INCAPACIDAD		FECHA DE INICIO			FECHA DE FINALIZACION		
NUMERO Y EN LETRA	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	
	13	9	15	17	1	15	
IV CONTINGENCIA							
ENF. GENERAL <input checked="" type="checkbox"/>		ENF. PROFESIONAL <input type="checkbox"/>		ACCIDENTE LABORAL <input type="checkbox"/>			
OTRO ACCIDENTE <input type="checkbox"/>		LICENCIA <input type="checkbox"/>		EDAD GESTACIONAL: <input type="checkbox"/>			
MEDICO RESPONSABLE (FIRMA Y SELLO)				REGISTRO MEDICO			
FIRMA DEL USUARIO				FECHA			





CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA

INCAPACIDAD No. 246418

CIUDAD	DIA	MES	AÑO	SECCIONAL			
				INGRESO	DIA	MES	AÑO
I ENTIDAD COTIZANTE							
MAGISTERIO: <input type="checkbox"/> VALLE <input type="checkbox"/> CAUCA <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			
CC <input checked="" type="checkbox"/>	CE <input type="checkbox"/>	TI <input type="checkbox"/>	EDAD	SEXO	Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	
No.							
ENTIDAD DONDE LABORA				CARGO ACTUAL			
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: NOMBRE DE LA PATOLOGIA:							
DIAS INCAPACIDAD		FECHA DE INICIO			FECHA DE FINALIZACION		
NUMERO Y EN LETRA	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	
IV CONTINGENCIA							
ENF. GENERAL <input checked="" type="checkbox"/>		ENF. PROFESIONAL <input type="checkbox"/>		ACCIDENTE LABORAL <input type="checkbox"/>			
OTRO ACCIDENTE <input type="checkbox"/>		LICENCIA <input type="checkbox"/>		EDAD GESTACIONAL: <input type="checkbox"/>			
MEDICO RESPONSABLE (FIRMA Y SELLO)				REGISTRO MEDICO			
FIRMA DEL USUARIO				FECHA			





Clasificación	Petición ó Tutela		
Fecha de radicación:	18 de agosto de 2015	Número de radicado:	48005
Tipo de documento:	DERECHOS DE PETICION	Fecha de oficio entrante:	
Número de oficio entrante:			
Persona natural o jurídica:	JOSE DANIEL OCAMPO MARULANDA		
Descripción o asunto:	SOLICITUD	Tiempo de respuesta (dias):	
Anexos físicos:		Descripción de anexos físicos:	1
Anexos digitales:			
Destino:	OPERADOR SAC - Auxiliar Administrativo	Copia a:	-

