



*Formando ciudadanos
ambitentes!*

INSTITUCIÓN EDUCATIVA LUIS CARLOS GONZÁLEZ
Resolución de aprobación 3706 de 29 de octubre
NIT 816006339-9 - DANE 16600100350
PEREIRA Cra. 17 82-103 GAMMA II - II

ALCALDIA DE PEREIRA
Resolución No. 48476-2015
Fecha: 2008/2015-17 UNAF
Recibido por: JOSÉ IVIELLESTRADA
Destino: Secretaría de Educación
Anexo: UNA INCAPACIDAD

9

Pereira, 20 de agosto de 2015

R-218/2015

Doctoras
PATRICIA CASTAÑEDA PAZ
Secretaria de Educación Municipal de Pereira
MARIA SIRLEY OSSA VERGARA
Directora Operativa de Recursos Humanos y de Administración de Plazas
Secretaria de Educación Municipal de Pereira
Ciudad

ASUNTO: Solicitud Horas Extras por incapacidad docente María Consuelo Marín López . C.C. No. 42.065.821

Cordial saludo

En virtud de las incapacidades continuas que se han presentado de nuestra Compañera **MARIA CONSUELO MARIN LOPEZ** identificada con la cédula de ciudadanía número **42.065.821** comedida y respetuosamente me permito solicitar la debida autorización para reemplazar su asignación académica con horas extras en la Jornada de la Tarde a partir del día viernes 21 de agosto de 2015, y en lo sucesivo frente a las demás incapacidades que se presenten con la compañera.

Adjunto fotocopia de Incapacidad No. 274083

Con sentimiento de respeto y gratitud,

Mag. Luis Alberto Arteaga Casas
Rector



CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA

INCAPACIDAD No. 274083

CIUDAD	DÍA	MES	AÑO	SECCIONAL	INGRESO	DÍA	MES	AÑO
	14	8	11					
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		
Molina			Torres			Molina Torres		
CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>			EDAD			SEXO Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/>		
No. 47725-91								
ENTIDAD DONDE LABORA				CARGO ACTUAL				
Unidad de Salud Ocupacional				Psicólogo				
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 type="checkbox"/> PRORROGA <input checked="" type="checkbox"/>								
CODIGO: 5344 NOMBRE DE LA PATOLOGIA: Hernia y rotación abdominal								
DÍAS INCAPACIDAD			FECHA DE INICIO			FECHA DE FINALIZACIÓN		
NUMERO Y EN LETRA			DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
10 días			21	8	11	30	8	11
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]				[Registro]				
FIRMA DEL USUARIO				CEDULA		FECHA		
[Firma]						17-11		

COSMITET LTDA.
DEPARTAMENTO DE SALUD OCCUPACIONAL



ALCALDÍA DE PEREIRA

Clasificación	Petición ó Tutela		
Fecha de radicación:	20 de agosto de 2015	Número de radicado:	48476
Tipo de documento:	DERECHOS DE PETICION	Fecha de oficio entrante:	
Número de oficio entrante:			
Persona natural o jurídica:	LUIS ALBERTO ARTEAGA CASAS		
Descripción o asunto:	SOLICITUD	Tiempo de respuesta (días):	
Anexos físicos:		Descripción de anexos físicos:	UNA INCAPACIDAD
Anexos digitales:			
Destino:	OPERADOR SAC - Auxiliar Administrativo	Copia a:	-

