



INSTITUCIÓN EDUCATIVA BOYACÁ
"Fe, Pureza y Esfuerzo"

9

NIT: 816.002.347-1 DANE: 166.001.0000-93
Resolución No. 458 de 14-10-2004 Expedida por la Secretaría de Educación Municipal

MISIÓN: La Institución Educativa Boyacá es de carácter técnico en el sector oficial, presta el servicio de educación formal con especialidad en Administración y articulada con el SENA, forma ciudadanas que trascienden en lo espiritual, laboral, empresarial, cultural, deportivo y académico, mediante un proyecto de vida, acorde con la Filosofía Educativa Anunciata estructurada por la Madre María Berenice, para contribuir al desarrollo de una sociedad transformadora y productiva.

VISIÓN: La Institución Educativa Boyacá en el 2016 será ejemplo de liderazgo en el municipio de Pereira, con agresadas competentes en lo personal, laboral, empresarial, cultural, deportivo y académico, fortalecidas espiritualmente con la filosofía Anunciata.-

Pereira, julio 29 de 2015

Doctora
MARIA SIRLEY OSSA VERGARA
Directora Operativa de Recurso Humano
Secretaría de Educación
Ciudad

ALCALDIA DE PEREIRA
Radicación No: 45354-2015
Fecha: 29-07-2015
Recibido por: ROMY ALEXANDER FONDACION LOYOLA
Destino: Secretaría de Educación
Anexo:

REF: SOLICITUD HORAS EXTRAS

Cordial saludo:

De manera muy respetuosa le solicito se asignen 25 horas extras semanales para cubrir la incapacidad de la profesora Guiomar Bermúdez Pérez identificada con cédula 24685080 jornada contraria (Básica Primaria 4º del 30 de julio al 08 de agosto/2015).

C.C	NOMBRE	No. HORAS	NVEL/AREA
10001246	Juan Carlos Henao Sánchez	5	Básica Primaria
42024673	María Eugenia Macías Rivera	10	Básica Primaria
24348746	Luz Delia Osorio	10	Básica Primaria

Atentamente,

Hna. MARÍA GLADIS BURBANO GELPUD
Rectora



CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA

INCAPACIDAD No. 306779

CIUDAD	DIA	MES	AÑO	SECCIONAL			
<i>Perene</i>	<i>19</i>	<i>7</i>	<i>15</i>	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 checked="" type="checkbox"/>							
II DATOS DEL COTIZANTE							
1er APELLIDO		2do APELLIDO		NOMBRES			
<i>Hernandez</i>		<i>Perez</i>		<i>Hernandez del Carmen</i>			
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 <i>4567890</i>							
ENTIDAD DONDE LABORA <i>perene</i>				CARGO ACTUAL			
<i>El Progreso</i>				<i>Docente</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 type="checkbox"/> PRORROGA <input checked="" 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
<i>10 dias</i>		<i>30</i>	<i>7</i>	<i>15</i>	<i>5</i>	<i>8</i>	<i>15</i>
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			
<i>M. Hernandez</i>				<i>2085 05</i>			
FIRMA DE COSMITET LTDA				CEDULA		FECHA	
 DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL							



Clasificación	Petición ó Tutela		
Fecha de radicación:	29 de julio de 2015	Número de radicado:	45354
Tipo de documento:	DERECHOS DE PETICION	Fecha de oficio entrante:	
Número de oficio entrante:			
Persona natural o jurídica:	MARIA GLADIS BURBANO GELPUD		
Descripción o asunto:	SOLICITUD	Tiempo de respuesta (días):	
Anexos físicos:		Descripción de anexos físicos:	
Anexos digitales:			
Destino:	OPERADOR SAC - Auxiliar Administrativo	Copia a:	-

