



**INSTITUCION EDUCATIVA  
VILLA SANTANA  
EDUCACION PARA TODOS (A)  
Aprobado Según Resolución No. 1523  
De Diciembre 01 de 2006**

ALCALDIA DE PEREIRA

Radicación No: **55240-2015**

Fecha: 07/10/2015 15:47:29

Redbido por: JOSE OLIVER SUITRAGO

Destino: Secretaría de Educación

Pereira, Octubre 7 de 2015.

**Doctora  
MARIA SIRLEY OSSA VERGARA  
Directora Administrativa del Servicio  
Educativo y Administración de Plazas Docentes  
Secretaria de Educación Municipal  
Ciudad**

Cordial Saludo de la Dirección de la Institución Educativa Villa Santana.

La presente es para solicitarle comedidamente Asignación presupuestal para horas extras, para cubrir la incapacidad por enfermedad de la Docente **OLGA LUCIA RENDON CARMONA**, dicha incapacidad va del 6 de Octubre al 25 de Octubre del año 2015, en Secundaria.

Gracias por su gestión

Atentamente,

  
**ARIEL DE JESUS HOYOS HOYOS**  
Rector



**COSMITET LTDA.**  
Operación de Servicio Médico Intermedios TEMA S. A. S.

**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA**

INCAPACIDAD No. **311920**

CIUDAD	DIA	MES	AÑO	SECCIONAL			
Pereira	05	10	2015	INGRESO	DIA	MES	AÑO
<b>I ENTIDAD COTIZANTE</b>							
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"/>							
<b>II DATOS DEL COTIZANTE</b>							
1er APELLIDO		2do APELLIDO		NOMBRES			
Rendan		Bermudez		Olga Lucia.			
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. 25162732							
ENTIDAD DONDE LABORA Pereira.				CARGO ACTUAL			
FE. Villa Santana				Docente.			
SECTOR: PUBLICO <input checked="" type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>							
<b>III INFORMACION DE LA INCAPACIDAD</b> INICIAL <input type="checkbox"/> PRORROGA <input checked="" type="checkbox"/>							
CODIGO: 2488. NOMBRE DE LA PATOLOGIA: Otros estudios Postg.							
DIAS INCAPACIDAD		FECHA DE INICIO			FECHA DE FINALIZACION		
NUMERO Y EN LETRA		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
20 (veinte).		06	10	2015	25	10	2015.
<b>IV CONTINGENCIA</b>							
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			
Dr. Hector Garcia.				RM. 2085 08.			
FIRMA DEL USUARIO		CEDULA		FECHA			

**COSMITET LTDA.**  
DEPARTAMENTO DE  
SALUD OCUPACIONAL



<b>Clasificación</b>	Petición ó Tutela		
<b>Fecha de radicación:</b>	07 de octubre de 2015	<b>Número de radicado:</b>	55240
<b>Tipo de documento:</b>	DERECHOS DE PETICION	<b>Fecha de oficio entrante:</b>	
<b>Número de oficio entrante:</b>			
<b>Persona natural o jurídica:</b>	ARIEL DE JESUS HOYOS HOYOS		
<b>Descripción o asunto:</b>	SOLICITUD	<b>Tiempo de respuesta (dias):</b>	
<b>Anexos físicos:</b>		<b>Descripción de anexos físicos:</b>	1
<b>Anexos digitales:</b>			
<b>Destino:</b>	OPERADOR SAC - Auxiliar Administrativo	<b>Copia a:</b>	-

