

ALCALDIA DE PEREIRA

Radicación No. 91226-2015

Fecha: 08/09/2015 11:41

Recibido por: NELSON HERNANDEZ

Dominio: Secretaria Educativa

Asunto: MATERNIDAD

Pereira, 8 de septiembre de 2015

Señores  
SECRETARIA DE EDUCACIÓN  
Dra. Maria Sirley Ossa  
Directora Administrativa del Servicio Educativo  
Pereira

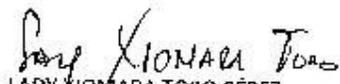
Asunto: Licencia de Maternidad

Respetada Doctora:

Por medio de la presente le manifiesto que mi licencia de maternidad de la cual gozo actualmente culmina el próximo 15 de septiembre del año en curso, por tal motivo amablemente solicito a Usted que a partir del 16 de septiembre me sean concedidas la vacaciones de mitad de año las cuales se prorrogaron por dicha licencia.

Quedo atenta a sus recomendaciones e instrucciones al respecto.

Cordialmente,

  
LADY XIOMARA TORO PÉREZ  
CC. 42150911  
Docente  
HERNANDO VELEZ MARULANDA



**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA**

INCAPACIDAD No. 292123

Ciudad	DIA	MES	AÑO	SECCIONAL	INGRESO	D'A	MES	AÑO
PEREIRA	09	05	15					
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								
1º APELLIDO		2º APELLIDO		NOMBRES				
TOTO		VARELA		LADY ROMANA				
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. 42.170.911								
ENTIDAD DONDE LABORA				CARGO ACTUAL				
FELICIANO VARELA				D.D. D.D. D.D. D.D. D.D. D.D. D.D.				
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 080 NOMBRE DE LA PATOLOGIA: HUECADO DE MATE								
DAS INCAPACIDAD			FECHA DE INICIO			FECHA DE FINALIZACION		
NUMERO Y EN LETRA			D'A	MES	AÑO	D'A	MES	AÑO
18 HUECADO			09	05	15	14	09	15
IV CONTINGENCIA								
ENF. GENERAL <input type="checkbox"/>			ENF. PROFESIONAL <input type="checkbox"/>			ACCIDENTE LABORAL <input type="checkbox"/>		
OTRO ACCIDENTE <input type="checkbox"/>			LICENCIA <input checked="" type="checkbox"/>			EDAD GESTACIONAL: <input type="checkbox"/>		
MEDICO RESPONSABLE (FIRMA Y SELLO)					REGISTRO MEDICO			
DR. SHIRLEY BOSSA								
FIRMA DEL USUARIO			SELO COSMITET LTDA			FECHA		
			DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL			14/09/15		



<b>Clasificación</b>	Petición ó Tutela		
<b>Fecha de radicación:</b>	09 de septiembre de 2015	<b>Número de radicado:</b>	51226
<b>Tipo de documento:</b>	Carta	<b>Fecha de oficio entrante:</b>	2015-09-09 15:15
<b>Número de oficio entrante:</b>			
<b>Persona natural o jurídica:</b>	LADY XIOMARA TORO PEREZ		
<b>Descripción o asunto:</b>	LICENCIA	<b>Tiempo de respuesta (dias):</b>	
<b>Anexos físicos:</b>		<b>Descripción de anexos físicos:</b>	ANEXO 1 FOLIO
<b>Anexos digitales:</b>			
<b>Destino:</b>	OPERADOR SAC - Auxiliar Administrativo	<b>Copia a:</b>	-

