



INSTITUCION EDUCATIVA REMIGIO ANTONIO CAÑARTE
(El Poblado, El Rocío, Samaria)

Aprobado según Resolución N° 4363 del 29 de Julio 2010
NIT: 816.001.230-2 DANE 166001000786

ALCALDIA DE PEREIRA
Recepción No. 9266-2015
Fecha: 21/09/2015
Recibido por: NELSON RINCA REYES
Destinatario: MARIA SIRLEY OSSA V.
Anexo: 01/01/01

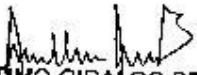
Pereira, septiembre 21 de 2015

Doctora
MARIA SIRLEY OSSA V.
Directora Administrativa Recursos Humanos
Secretaría de Educación Municipal
Ciudad

Cordial saludo

Solicito disponibilidad de horas extras para cubrir las 25 horas semanales(5 horas diarias) en básica primaria, por incapacidad de la docente Consuelo Bernal Cárdenas con c.c. 41650661, a partir del 21 de septiembre hasta el 4 de octubre de 2015.

Agradezco la atención prestada


GUILLERMO GIRALDO BERNAL
C.C 10082628 Pereira
Rector

c.c. archivo



CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA

INCAPACIDAD No. 299312

CIUDAD	DIA	MES	AÑO	SECCIONAL			
<i>Asuncion</i>	<i>2</i>	<i>07</i>	<i>15</i>				
ENTIDAD COTIZANTE		INGRESO		DIA MES AÑO			
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					
<i>Bernal</i>	<i>Cardona</i>	<i>Maria Concha</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>41650661</i>							
ENTIDAD DONDE LABORA <i>policia</i>		CARGO ACTUAL					
<i>Comandante</i>		<i>Policial</i>					
SECTOR: PUBLICO <input checked="" type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>							
III INFORMACION DE LA INCAPACIDAD							
CODIGO: <i>K439</i>		NOMBRE DE LA PATOLOGIA: <i>Hernia Umbilical</i>					
DIAS INCAPACIDAD		FECHA DE INICIO		FECHA DE FINALIZACION			
NUMERO Y EN LETRA		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
<i>15 Dias</i>		<i>20</i>	<i>09</i>	<i>15</i>	<i>04</i>	<i>10</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)							
<i>M. Hernan Rodriguez</i>		REGISTRO MEDICO					
		CEDULA					
DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL		FECHA <i>16/6/15</i>					



Clasificación	Petición ó Tutela		
Fecha de radicación:	21 de septiembre de 2015	Número de radicado:	52868
Tipo de documento:	Carta	Fecha de oficio entrante:	2015-09-21 14:50
Número de oficio entrante:			
Persona natural o jurídica:	GUILLERMO GIRALDO BERNAL		
Descripción o asunto:	SOLICITUD	Tiempo de respuesta (días):	
Anexos físicos:		Descripción de anexos físicos:	ANEXO 1 FOLIO
Anexos digitales:			
Destino:	OPERADOR SAC - Auxiliar Administrativo	Copia a:	-

