



INSTITUCION EDUCATIVA SOFIA HERNANDEZ MARIN"
Con licencia de funcionamiento de grado Cero (0) a Once (11) según,
Resolución 1585 del 5 de Abril de 2010 emanada de la Secretaría de
Educación del Departamento de Risaralda con código de registro P-12 DANE
166001002746. NIT 81600 3905-7

9

<http://saia.pereira.gu>

Pereira, Septiembre 24 de 2.015

ALCALDIA DE PEREIRA
Radicación No: **53586-2015**
Fecha: 25/09/2015-09:51:23
Recibido por: JOSE OBER BUITRAGO
Destino: Secretaría de Educación

Doctora
PATRICIA CASTAÑEDA PAZ
Secretaria de Educación Municipal
Pereira

Con la Presente me permito solicitarle la disponibilidad presupuestal de 6 horas extras diarias en la jornada de la mañana en Básica Primaria, para cubrir a la docente Lucinda Mosquera Rentería quien se encuentra incapacitada. (Anexo copia de la incapacidad)

De antemano mis más sinceros agradecimientos por la atención y positiva respuesta a la presente.

Atentamente,



MARTIN ALONSO MARIN LOPEZ
Rector



CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA

INCAPACIDAD No. 280550

CIUDAD	DIA	MES	AÑO	SECCIONAL			
Kenepo	24	05	15	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 type="checkbox"/>							
II DATOS DEL COTIZANTE							
1er APELLIDO	2do APELLIDO	NOMBRES					
MOSQUERA	MONTAÑA	MOSQUERA MONTAÑA					
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. 25.004.485							
ENTIDAD DONDE LABORA				CARGO ACTUAL			
EE SUPLENDORE				DURANTE			
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: F308 NOMBRE DE LA PATOLOGIA: PAROSIS							
DIAS INCAPACIDAD		FECHA DE INICIO			FECHA DE FINALIZACION		
NUMERO Y EN LETRA	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	
17 (diecisiete)	23	09	15	07	10	15	
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			
DR. AGUIRRE BUSTAMANTE							
FIRMA DEL USUARIO		CEDULA		FECHA			
DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL							



Clasificación	Petición ó Tutela		
Fecha de radicación:	25 de septiembre de 2015	Número de radicado:	53586
Tipo de documento:	DERECHOS DE PETICION	Fecha de oficio entrante:	
Número de oficio entrante:			
Persona natural o jurídica:	MARTIN ALONSO MARIN LOPEZ		
Descripción o asunto:	SOLICITUD	Tiempo de respuesta (dias):	
Anexos físicos:		Descripción de anexos físicos:	1
Anexos digitales:			
Destino:	OPERADOR SAC - Auxiliar Administrativo	Copia a:	-

