

ALCALDIA DE PEREIRA

Radicación No: 57500-2015

Fecha: 23/10/2015-16 01:05

Recibido por: NELSON HENCAPIE MEJIA

Destino: Secretaría de Educación

Anexo: ANEXO UN FOLIO

**PEREIRA**

**OCTUBRE 23, 2015.**

**ASUNTO: SOLICITUD DE DIAS DE INCAPACIDAD DURANTE VACACIONES**

**SECRETARIA DE EDUCACIÓN**

**SHIRLEY OSSA**

**CORDIAL SALUDO**

Me dirijo a ustedes con el fin de Solicitar de manera respetuosa los 10 días de incapacidad durante el mes de junio del 17 al 26, en los cuales me encontraba en vacaciones, por lo tanto siguiendo la ley y la asesoría del sindicato les recuerdo mi derecho a estos días y les manifiesto mi interés de hacerlos efectivos a partir del día 25 de noviembre al 4 de diciembre.

Agradezco su colaboración

Att:



Diana Marcela Cano Higueta

c.c 42161847

Licenciada en pedagogía infantil

Docente Institución Educativa Combia Sede El Edén

Tel: 3147787151

Email: [dianita0221@hotmail.com](mailto:dianita0221@hotmail.com)

Anexo documentos que respaldan la incapacidad.



**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA**

INCAPACIDAD No. 294909

CIUDAD	DIA	MES	AÑO	SECCIONAL		
Florencia	20	06	15			
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				
...	...	...				
CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	EDAD	SEXO Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>				
No. 12.161.847						
ENTIDAD DONDE LABORA		CARGO ACTUAL				
El Combit		...				
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 checked="" type="checkbox"/> PRORROGA <input type="checkbox"/>						
CODIGO: M11 NOMBRE DE LA PATOLOGIA: ...						
DIAS INCAPACIDAD		FECHA DE INICIO		FECHA DE FINALIZACION		
NUMERO Y EN LETRA	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
10 (DIEZ)	17	06	15	21	06	15
<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			
12113...			...			
FIRMA DEL USUARIO		CEDULA	FECHA			
COSMITET LTDA. Departamento de Salud Ocupacional			...			

DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL



<b>Clasificación</b>	Petición ó Tutela		
<b>Fecha de radicación:</b>	23 de octubre de 2015	<b>Número de radicado:</b>	57500
<b>Tipo de documento:</b>	Carta	<b>Fecha de oficio entrante:</b>	2015-10-23 16:00
<b>Número de oficio entrante:</b>			
<b>Persona natural o jurídica:</b>	DIANA MARCELA CANO HIGUITA		
<b>Descripción o asunto:</b>	SOLICITUD	<b>Tiempo de respuesta (dias):</b>	
<b>Anexos físicos:</b>		<b>Descripción de anexos físicos:</b>	ANEXO UN FOLIO
<b>Anexos digitales:</b>			
<b>Destino:</b>	OPERADOR SAC - Auxiliar Administrativo	<b>Copia a:</b>	-

