



<http://saia.pereira.g>

Pereira 05 de noviembre de 2015

ALCALDIA DE PEREIRA

Radicación No: **58929-2015**

Fecha: 05/11/2015-10:50:03

Recibido por: JOSE OYER BUITRAGO

Destino: Secretaría de Educación

Sra. MARIA SIRLEY OSSA VERGARA

Directora administrativa de prestación de servicio educativo.

Secretaria de educación de Pereira

Estimada señora.

La presente es con el fin de informar lo siguiente: yo ADIELA RUIZ RAMÍREZ con cedula N° 31.148.177 de Palmira Valle, docente del centro educativo Byron Gaviria estuve incapacitada desde el 8 de enero del 2015 hasta el 22 de enero del 2015, cubriendo un periodo de vacaciones de 4 días de este año por lo tanto solicito autorización para retirarme de la institución como compensación a estas a partir del 1 de diciembre (4 días) antes de lo estipulado en el calendario académico o en la fecha que usted o la ley lo estipulen.

Anexo copia de la incapacidad.

De antemano mil gracias por su atención y colaboración

Atentamente

ADIELA RUIZ RAMÍREZ

CC N° 31.148.177 de Palmira valle

Dirección Habana Cuba Mz B prima casa 12A

Tel 3103900879 - 3453591



CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA

INCAPACIDAD No. 291791

CIUDAD	DIA	MES	AÑO	SECCIONAL		
Valencia	09	01	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				
Mora	Ramirez	Z. - Ochoa				
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. 31.248.177						
ENTIDAD DONDE LABORA	CARGO ACTUAL					
IEBVA	Eduardo Ochoa					
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: 488 NOMBRE DE LA PATOLOGIA: PDP						
DIAS INCAPACIDAD	FECHA DE INICIO			FECHA DE FINALIZACION		
NUMERO Y EN LETRA	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
15 (Quince)	09	01	15	22	01	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. Pedro Luis Ochoa						
FIRMA DEL USUARIO				FECHA		

COSMITET LTDA
Departamento de SALUD OCUPACIONAL

RECIBIDO 13 ENE 2015

INSTITUCION EDUCATIVA
BYRON GAVIRIA
TESORERIA



Clasificación	Correspondencia General		
Fecha de radicación:	05 de noviembre de 2015	Número de radicado:	58929
Tipo de documento:	Carta	Fecha de oficio entrante:	
Número de oficio entrante:			
Persona natural o jurídica:	ADIELA RUIZ RAMIREZ		
Descripción o asunto:	INFORME	Tiempo de respuesta (días):	
Anexos físicos:		Descripción de anexos físicos:	1
Anexos digitales:			
Destino:	OPERADOR SAC - Auxiliar Administrativo	Copia a:	-

