

<http://saia.pereira.gov.co>

9

ALCALDIA DE PEREIRA

Radicación No: **65942-2015**

Fecha: 28/12/2015-14:45:38

Recibido por: JOSE OMER SUITRAGO

Destino: Secretaría de Educación

Pereira, 28 de diciembre de 2015

Señores

Secretaria de Educación

Pereira

Cordial Saludo:

Por medio de la presente solicito aumentar a mi licencia de maternidad, otorgada por COSMITED (copia anexa) desde el 13 de octubre de 2015 hasta el 18 de enero de 2016, el periodo de vacaciones del 4 de diciembre de 2015 al 10 de enero de 2016.

Tengo el cargo de docente en la institución educativa Gabriel Trujillo del municipio de Pereira, corregimiento de Caimalito.

Gracias por la colaboración,

Bertha Moncayo
BERTHA MONCAYO GÓMEZ

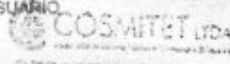
C.C. 27.093.960

Tel. 3107547628

Email: Berthamoncayogomez@gmail.com

Mz. 5 casa 16 Bosques de Milán - Dosquebradas

INCAPACIDAD NO. 303812

CIUDAD	DIA	MES	AÑO	SECCIONAL			
Perse	13	10	2015	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			
Munoz		Gomez		Bertha Gomez			
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. 27013107							
ENTIDAD DONDE LABORA				CARGO ACTUAL			
TE. General Tugillo				Dacuk.			
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 type="checkbox"/> PRORROGA <input type="checkbox"/>							
CODIGO: 2354 NOMBRE DE LA PATOLOGIA: Lumbago - lumbalgia							
DIAS INCAPACIDAD		FECHA DE INICIO			FECHA DE FINALIZACION		
NUMERO Y EN LETRA	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	
45 (cuarenta y cinco)	13	10	2015	18	11	2016	
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 checked="" type="checkbox"/> EDAD GESTACIONAL: <input type="checkbox"/>							
MEDICO RESPONSABLE (FIRMA Y SELLO)				REGISTRO MEDICO			
Dr. Shirley Beth. TE. 9134307							
FIRMA DEL USUARIO		CEDULA		FECHA			
 COSMITET LIDA DEPARTAMENTO DE SALUD OCCUPACIONAL							



Clasificación	Petición ó Tutela		
Fecha de radicación:	28 de diciembre de 2015	Número de radicado:	65942
Tipo de documento:	DERECHOS DE PETICION	Fecha de oficio entrante:	
Número de oficio entrante:			
Persona natural o jurídica:	BERTHA MONCAYO GOMEZ		
Descripción o asunto:	SOLICITUD DE AUMENTAR MI LICENCIA DE MATERNIDAD	Tiempo de respuesta (dias):	
Anexos físicos:		Descripción de anexos físicos:	1
Anexos digitales:			
Destino:	OPERADOR SAC - Auxiliar Administrativo	Copia a:	-

