

Pereira, enero 21 del 2016

Doctora:

PAULA ANDREA MONTOYA HERNANDEZ

Directora Administrativa de prestación del servicio educativo

Secretaria de educación

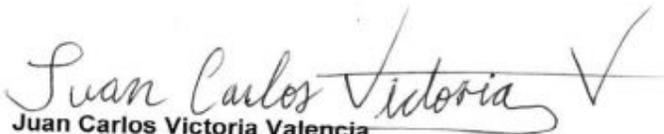
Municipio de Pereira

Comedidamente solicito a esta secretaria, se me autorice tomar el periodo de vacaciones al cual tengo derecho, ya que durante los meses de diciembre y enero me encontraba incapacitado debido a un accidente de tránsito ocurrido el día 02 de octubre 2015 durante el desplazamiento de la institución educativa a mi casa, ocasionándome fracturas de Radio Distal Derecho y Rótula Izquierda, lo cual me genero una incapacidad total por un periodo de cuatro meses, dicha incapacidad termina el día 31 enero de 2016. Debido a que mi condición física no es aún la mejor, requiero continuar con mi recuperación y labores de fisioterapia, tomando las vacaciones a partir del periodo en que termina la incapacidad.

Por tanto los días que reclamo de mis vacaciones van comprendidos entre 5 diciembre del 2015 hasta el 10 de enero de 2016, un total de 37 días.

Dado que mi cargo de docente de educación artística requiere movilidad y facilidad para los desplazamientos y otros movimientos que no puedo realizar con plenitud, solicito con inmediatez sea atendida mi petición para continuar mi recuperación física y mental, y no exponer mi salud ante cualquier situación.

Cordial saludo.



Juan Carlos Victoria Valencia

C.C 16228604

Docente de Educación Artística

Institución Educativa Deogracias Cardona

Teléfono 315 2696714

HIZ L (52) LA MARINA - Dasy



CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA

INCAPACIDAD No. 289878

CIUDAD	DIA	MES	AÑO	SECCIONAL			
Pereira	31	11	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			
Valencia		Valencia		Juan Carlos			
CC <input type="checkbox"/>	CE <input type="checkbox"/>	TI <input type="checkbox"/>	EDAD	SEXO	Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	
No. 6223609							
ENTIDAD DONDE LABORA				CARGO ACTUAL			
PEREIRA IE Desplazados Páridos				Docente			
SECTOR: PUBLICO <input 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 checked="" type="checkbox"/>							
CODIGO: 2133 NOMBRE DE LA PATOLOGIA: Hipertensión arterial							
DIAS INCAPACIDAD		FECHA DE INICIO			FECHA DE FINALIZACION		
NUMERO Y EN LETRA		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
30 (treinta)		03	11	2015	02	12	2015
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. Eduardo J. Gomez				0960373			
FIRMA DEL			CEDULA		FECHA		



CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA

INCAPACIDAD No. 289939

CIUDAD	DIA	MES	AÑO	SECCIONAL			
Periway	13	01	2016	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			
Villalobos		Villalobos		Jorge Celso			
CC <input type="checkbox"/>	CE <input type="checkbox"/>	TI <input type="checkbox"/>	EDAD	SEXO: Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>			
No. 3223601							
ENTIDAD DONDE LABORA				CARGO ACTUAL			
Periway				Diente			
SECTOR: PUBLICO <input 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: 325 NOMBRE DE LA PATOLOGIA: Fr. y...							
DIAS INCAPACIDAD		FECHA DE INICIO			FECHA DE FINALIZACION		
NUMERO Y EN LETRA		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
30 (treinta)		02	01	2016	31	01	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 type="checkbox"/> EDAD GESTACIONAL <input type="checkbox"/>							
MEDICO RESPONSABLE (FIRMA Y SELLO)				REGISTRO MEDICO			
Dr. ...				0700378			
FIRMA DEL USUARIO				CEDULA		FECHA	
COSMITET LTDA.							
DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL							



Clasificación	Petición ó Tutela		
Fecha de radicación:	21 de enero de 2016	Número de radicado:	2465
Tipo de documento:	DERECHOS DE PETICION	Fecha de oficio entrante:	
Número de oficio entrante:			
Persona natural o jurídica:	JUAN CARLOS VICTORIA VALENCIA,		
Descripción o asunto:	SOLICITUD	Tiempo de respuesta (dias):	
Anexos físicos:		Descripción de anexos físicos:	2
Anexos digitales:			
Destino:	OPERADOR SAC - Auxiliar Administrativo	Copia a:	-

