



**INSTITUCIÓN EDUCATIVA  
CARLOS EDUARDO VASCO**  
*La Paz se construye en la Fe.*  
LIC. FUNC. 084-30-01-02 RES. 189-28-05-04 D  
NIT. 816-006-409-6

ALCALDIA DE PEREIRA  
Radicación No: **1491-2016**  
Fecha: 15/01/2016-15:11:04  
Recibido por: JOSE OYER BUITRAGO  
Destino: Secretaría de Educación

Pereira, enero 15 de 2016

Doctor  
**DANIEL LEONARDO PERDOMO GAMBOA**  
Secretario de Educación de Pereira  
Ciudad.

Atento Saludo

*Asunto: Reemplazo Docente por Licencia de Maternidad.*

*De la manera más respetuosa y comedida solicito el envío de una docente que cubra la incapacidad por licencia de maternidad concedida a la docente Rojas Zambrano Paola Andrea con cedula de ciudadanía N° 42.131.648, en Básica Primaria Programa Escuela Nueva sector Rural lo anterior en aras de evitar traumatismos en la atención de niños(as) escolares.*

*La docente tendrá una licencia por maternidad desde el 12 de Enero al 18 de Abril del 2016.*

Atentamente,

  
**ALBERO DUQUE BOTERO**  
C.C. 1.360.847  
Tel. 310 8222108

Copia.

*Dra. Paula Andrea Montoya Hernández*  
Directora Administrativa de Prestación  
Del servicio Educativo.



**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA**

**INCAPACIDAD No. 296020**

CIUDAD	DIA	MES	AÑO	SECCIONAL			
Bogotá	13	12	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			
López		Zambrano		Luis Fernando			
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. 1011112							
ENTIDAD DONDE LABORA				CARGO ACTUAL			
Instituto de Seguros de Bogotá				Asesor			
SECTOR: PUBLICO <input 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: 231 NOMBRE DE LA PATOLOGIA: Hipertensión arterial							
DIAS INCAPACIDAD		FECHA DE INICIO			FECHA DE FINALIZACION		
NUMERO Y EN LETRA		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
13 días		13	12	2016	13	01	2017
IV CONTINGENCIA							
ENF. GENERAL <input 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. Simón J. H.				R.M. 21313-1			
FIRMA DEL USUARIO		CEDULA		FECHA			
[Firma]							

**COSMITET LTDA**  
 Departamento de  
**SAUD OCUPACIONAL**



<b>Clasificación</b>	Petición ó Tutela		
<b>Fecha de radicación:</b>	15 de enero de 2016	<b>Número de radicado:</b>	1491
<b>Tipo de documento:</b>	DERECHOS DE PETICION	<b>Fecha de oficio entrante:</b>	
<b>Número de oficio entrante:</b>			
<b>Persona natural o jurídica:</b>	ALBERTO DUQUE BOTERO		
<b>Descripción o asunto:</b>	SOLICITUD DE REEMPLAZO	<b>Tiempo de respuesta (dias):</b>	
<b>Anexos físicos:</b>		<b>Descripción de anexos físicos:</b>	1
<b>Anexos digitales:</b>			
<b>Destino:</b>	OPERADOR SAC - Auxiliar Administrativo	<b>Copia a:</b>	-

