

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

9

Pereira, 03 de noviembre de 2015.

ALCALDIA DE PEREIRA
Radicación No: **58544-2015**
Fecha: 03/11/2015-11:18:37
Recibido por: JOSE OYER BUITRAGO
Destino: Secretaria de Educación

Sra. María Sirley Ossa Vergara
Directora Administrativa de Prestación del Servicio Educativo.

Secretaría de Educación de Pereira.

Estimada señora.

Me pongo en contacto con usted para exponerle lo siguiente:

Yo, Zoraya Loaiza Salazar y docente de la IE SOFIA HERNANDEZ MARIN, estuve en licencia de maternidad del 26 de Marzo al 01 de Julio del presente año, período en el que los docentes tuvieron sus vacaciones de Semana Santa y mitad de año; por lo tanto solicito autorización para retirarme de la institución y como compensación a estas, dos semanas 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.

ATTE

Zoraya Loaiza Salazar

Zoraya Loaiza Salazar
CC. 42112179 de Pereira

Tel. 3281218.- 3217233131.
D/das. Conjunto Cerrado La Alameda Casa 7.



CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA

INCAPACIDAD No. 294538

CIUDAD	DIA	MES	AÑO	SECCIONAL		
PEREIRA	27	4	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				
OLIVERA	PEREZ	DANAY				
CO <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	EDAD	SEXO Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>				
Nº: 12.112.179						
ENTIDAD DONDE LABORA		CARGO ACTUAL				
IE SUD HOLA MORA		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 checked="" type="checkbox"/> PRORROGA <input type="checkbox"/>						
CODIGO: 800 NOMBRE DE LA PATOLOGIA: HEMORRAGIA DE MATERNAL						
DIAS INCAPACIDAD	FECHA DE INICIO			FECHA DE FINALIZACION		
NUMERO Y EN LETRA	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
98 (NOVENTID Y OCHO)	26	3	15	01	4	15
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		
D. MEJIBO BARRERA				396		
FIRMA DEL USUARIO	COSMITET LTDA			CEDULA		FECHA
	DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL					396



Clasificación	Petición ó Tutela		
Fecha de radicación:	03 de noviembre de 2015	Número de radicado:	58544
Tipo de documento:	DERECHOS DE PETICION	Fecha de oficio entrante:	
Número de oficio entrante:			
Persona natural o jurídica:	ZORAYA LOAIZA SALAZAR		
Descripción o asunto:	SOLICITUD	Tiempo de respuesta (dias):	
Anexos físicos:		Descripción de anexos físicos:	1
Anexos digitales:			
Destino:	OPERADOR SAC - Auxiliar Administrativo	Copia a:	-

