

<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		SANTANA		OLIVERA SANTANA			
C <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	07	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			
Dr. MEIVIS BARRERA				396			
FIRMA DEL USUARIO		CEDULA		FECHA			
COSMITET LTDA				396			
DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL							



<b>Clasificación</b>	Petición ó Tutela		
<b>Fecha de radicación:</b>	03 de noviembre de 2015	<b>Número de radicado:</b>	58544
<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>	ZORAYA LOAIZA SALAZAR		
<b>Descripción o asunto:</b>	SOLICITUD	<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>	-

