



**CENTRO EDUCATIVO SAN ANTONIO DE PADUA**  
**NÚCLEO DE DESARROLLO EDUCATIVO N° 2**  
**NIT. 816003156-4**  
**Resolución N° 813 Noviembre 19 de 1996**  
**Registro DANE 266001001477**

**"MOTIVANDO AL SER ES MÁS FÁCIL EL HACER"**

Pereira, Noviembre 18 de 2015

Doctora  
**MARIA SHIRLEY OSSA VERGARA**  
Directora Administrativa de Prestación del Servicio Educativo  
y Administración de Plazas Docentes  
Secretaría de Educación Municipal  
La Ciudad

REF: Solicitud Horas Extras.

Atento saludo.

Me permito informarle que la Docente del grado QUINTO DE BASICA PRIMARIA LINA MERCEDES MARIN AGUIRRE identificada con cédula N° 42.110.251, se encuentra incapacitada desde el 17 de noviembre hasta el 1 de diciembre del presente año.

Por lo anterior respetuosamente le solicito 30 horas extras, que las docentes que a continuación relaciono iniciarán a partir del día jueves 19 de noviembre del año en curso.

NOMBRE	CEDULA N°	N° HORAS EXTRAS SEMANAL
PAULA ANDREA LOPEZ SOTO	41.941.787	10 horas extras
LIBIA MOSQUERA ECHEVERRI	42.074539	10 horas extras
GLORIA EDILMA HERNANDEZ RAMIREZ	24.363.585	10 horas extras

Anexo copia de la incapacidad de la Docente en mención.

De antemano le agradezco la atención a la presente.

Cordialmente,

  
**MIGUEL ANGEL GONZALEZ VASQUEZ**  
Director  
Centro Educativo San Antonio De Padua



**COSMITET LTDA**  
Compañía de Seguros de Accidentes e Incapacidades

**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA**

INCAPACIDAD No.

164677

CIUDAD	DIA	MES	AÑO	SECCIONAL			
Pereira	17	11	2015	INGRESO	DIA	MES	AÑO
<b>I ENTIDAD COTIZANTE</b>							
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"/>							
<b>II DATOS DEL COTIZANTE</b>							
1er APELLIDO		2do APELLIDO		NOMBRES			
MARTIN		AGUIRRE		LINA MERCEDES			
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. 42110251							
ENTIDAD DONDE LABORA: Pereira				CARGO ACTUAL			
Instituto Antioqueño de Radio				Docente			
SECTOR: PUBLICO <input checked="" type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>							
<b>III INFORMACION DE LA INCAPACIDAD</b> INICIAL <input type="checkbox"/> PRORROGA <input type="checkbox"/>							
CODIGO: 2400 NOMBRE DE LA PATOLOGIA: epifitibioptosis							
DIAS INCAPACIDAD		FECHA DE INICIO			FECHA DE FINALIZACION		
NUMERO Y EN LETRA		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
15 (quince)		17	11	2015	01	12	2015
<b>IV CONTINGENCIA</b>							
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. Paula Borrero				76446.			
FIRMA DE COSMITET LTDA		CEDULA		FECHA			
DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL							



<b>Clasificación</b>	Petición ó Tutela		
<b>Fecha de radicación:</b>	18 de noviembre de 2015	<b>Número de radicado:</b>	60630
<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>	MIGUEL ANGEL GONZALEZ VASQUEZ		
<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>	-

