



**INSTITUCION EDUCATIVA
VILLA SANTANA
EDUCACION PARA TODOS (AS)
Aprobado Según Resolución No. 1523
De Diciembre 01 de 2006**

Pereira, Octubre 4 de 2015

ALCALDIA DE PEREIRA
Radicación No: 58807-2015
Fecha: 04/11/2015-15:35:43
Recibido por: NELSON HINCAPIE MEJIA
Destino: Secretaría de Educación
Anexo: ANEXO UN FOLIOS

**Doctora
MARIA SIRLEY OSSA VERGARA
Directora Administrativa del Servicio
Educativo y Administración de Plazas Docentes
Secretaria de Educación Municipal
Ciudad**


Cordial Saludo de la Dirección de la Institución Educativa Villa Santana.

Con la presente le estoy haciendo entrega de la incapacidad del Docente que a continuación relaciono:

APELLIDOS Y NOMBRES	DOCUMENTO	FECHAS	TOTAL DIAS
ARTEAGA LOPEZ ANGELA SOFIA	12163240	Del 03/11/15 AL 03/02/16	98

Gracias por la Deferencia.

Atentamente,


MG. ARIEL DE JESUS HOYOS HOYOS
Rector



CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA

INCAPACIDAD No. 289840

CIUDAD	DIA	MES	AÑO	SECCIONAL	INGRESO	DIA	MES	AÑO
Medellin	3	11	2015					
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						
...						
CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	EDAD	SEXO	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/>					
No. 103290								
ENTIDAD DONDE LABORA				CARGO ACTUAL				
...				...				
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: ... NOMBRE DE LA PATOLOGIA: ...								
DIAS INCAPACIDAD			FECHA DE INICIO			FECHA DE FINALIZACION		
NUMERO Y EN LETRA			DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
...			3	11	2015	3	12	2015
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			
...					...			
FIRMA DEL USUARIO			CEDULA			FECHA		

DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL



Clasificación	Petición ó Tutela		
Fecha de radicación:	04 de noviembre de 2015	Número de radicado:	58807
Tipo de documento:	Carta	Fecha de oficio entrante:	2015-11-04 15:35
Número de oficio entrante:			
Persona natural o jurídica:	ARIEL DE JESUS HOYOS HOYOS		
Descripción o asunto:	SOLICITUD	Tiempo de respuesta (dias):	
Anexos físicos:		Descripción de anexos físicos:	ANEXO UN FOLIOS
Anexos digitales:			
Destino:	OPERADOR SAC - Auxiliar Administrativo	Copia a:	-

