



**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			
Medio	3	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				
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				
IC Valle			Dona				
SECTOR: PUBLICO <input 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: NOMBRE DE LA PATOLOGIA: (Lumbago)							
DIAS INCAPACIDAD		FECHA DE INICIO			FECHA DE FINALIZACION		
NUMERO Y EN LETRA	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	
3 dias	3	11	2015	3	12	2015	
<b>IV CONTINGENCIA</b>							
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]				[Registro]			
FIRMA DEL USUARIO		CEDULA		FECHA			
[Firma]							

**COSMITET LTDA**  
DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL



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

