

Pereira, Diciembre 29 de 2015.

Señor (a)

Secretario (a) de Educación Municipal de Pereira  
Alcaldía Municipal

ALCALDIA DE PEREIRA  
Radicación No: 65977-2015  
Fecha: 29/12/2015-09 21:39  
Recibido por: NELSON HINCAPIE MEZA  
Destino: Secretario de Educación  
Anexos:

Yo Carolina García Quroz, con @.42.161.684, Vecina de Pereira residente en Gamma 2 Bloque 23 Apto 116 Pereira Risaralda, @C@; 316 401 8043, mediante la presente me permito Adjuntar en copia a color, Certificado de Incapacidad o Licencia N° 294133 expedido por Cosmitet, con el fin de informarles mi condición de Madre lactante, lo anterior para su conocimiento y Fines pertinentes.

Gracias por su Atención y Gestión.

Atentamente:

Carolina García Quroz  
@.42.161.684

IE Carimalito - sede Principal

Documento Adjunto ⇒



**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA**

INCAPACIDAD No. 294133

CIUDAD	DIA	MES	AÑO	SECCIONAL				
					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.								
ENTIDAD DONDE LABORA				CARGO ACTUAL				
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 checked="" 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
<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		
 FIRMADO POR: <b>DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL</b>				CEDULA		FECHA		



<b>Clasificación</b>	Petición ó Tutela		
<b>Fecha de radicación:</b>	29 de diciembre de 2015	<b>Número de radicado:</b>	65977
<b>Tipo de documento:</b>	Carta	<b>Fecha de oficio entrante:</b>	2015-12-29 09:20
<b>Número de oficio entrante:</b>			
<b>Persona natural o jurídica:</b>	carolina garcia quiroz		
<b>Descripción o asunto:</b>	solicitud	<b>Tiempo de respuesta (dias):</b>	
<b>Anexos físicos:</b>		<b>Descripción de anexos físicos:</b>	
<b>Anexos digitales:</b>			
<b>Destino:</b>	OPERADOR SAC - Auxiliar Administrativo	<b>Copia a:</b>	-

