



INSTITUCIÓN EDUCATIVA EL F
Aprobado según Resolución N° 071 del 28 de Noviembre
Y Resolución 4105 del 19 de Julio de 2015
(Antes Institución Educativa Agropecuaria El Fénix)
Dane: 266001004301

TEL: 3229803 – 3128911 - 3268132
**EN EDUCACIÓN PREESCOLAR (GRADO TRANSICIÓN),
EDUCACIÓN BÁSICA Y EDUCACIÓN MEDIA ACADÉMICA**
NIT: 816007239 – 5

ALCALDIA DE PEREIRA

Radicación No: **58931-2015**

Fecha: 05/11/2015-10:51:52

Recibido por: JOSE OYER BUITRAGO

Destino: Secretaría de Educación

Pereira, Noviembre 04 de 2015

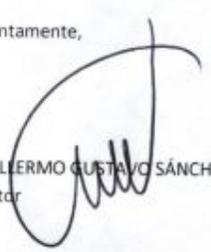
Doctora
PATRICIA CASTAÑEDA
Secretaria de Educación Municipal

Respetuoso Saludo

Comendidamente le solicito la disponibilidad presupuestal para el pago de 25 horas extras semanales por la incapacidad extensión a un mes más, del 31 de Octubre al 29 de Noviembre de 2015 de la docente nombrada en Básica Primaria **MARIA NOHELIA MORENO GONZALEZ**, identificada con cédula No. 29.842.292,

Anexo Copia de la incapacidad

Atentamente,


GUILLERMO GUSTAVO SÁNCHEZ BELTRÁN
Rector



CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA

INCAPACIDAD No. 296112

CIUDAD	DIA	MES	AÑO	SECCIONAL			
Perera	30	10	2015	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					
Moreno	Gonzalez	Maria Nohelia					
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. 24342242							
ENTIDAD DONDE LABORA Perera				CARGO ACTUAL			
IE Pital de Combia				Docente			
SECTOR: PUBLICO <input checked="" 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: 3321 NOMBRE DE LA PATOLOGIA: (unilateral) (otro) (otro)							
DIAS INCAPACIDAD		FECHA DE INICIO			FECHA DE FINALIZACION		
NUMERO Y EN LETRA		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
30 (treinta)		31	10	2015	29	11	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 type="checkbox"/> EDAD GESTACIONAL: <input type="checkbox"/>							
MEDICO RESPONSABLE (FIRMA Y SELLO)				REGISTRO MEDICO			
Dr. Fernando Valero				R# 0583-01			
FIRMA DEL USUARIO			CEDULA		FECHA		
 DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL							



Clasificación	Petición ó Tutela		
Fecha de radicación:	05 de noviembre de 2015	Número de radicado:	58931
Tipo de documento:	DERECHOS DE PETICION	Fecha de oficio entrante:	
Número de oficio entrante:			
Persona natural o jurídica:	GUILLERMO GUSTAVO SANCHEZ BELTRAN		
Descripción o asunto:	REMISION DE INCAPACIDAD	Tiempo de respuesta (dias):	
Anexos físicos:		Descripción de anexos físicos:	1
Anexos digitales:			
Destino:	OPERADOR SAC - Auxiliar Administrativo	Copia a:	-

