

<http://saia.pereira.gov.co>

Cali, 04 de abril de 2016

ALCALDIA DE PEREIRA
Radicación No: **15072-2016**
Fecha: 04/04/2016-10:09:42
Recibido por: JOSE OIVER BUITRAGO
Destino: Secretaría de Educación

Señor

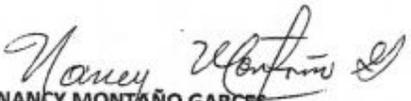
DANIEL LEONARDO PERDOMO GAMBOA
Secretario de Educación Municipal Pereira

Referencia: Solicitud Derechos por Ley de Luto

El presente, para informarle que en mi condición de Docente; de la Institución Educativa AUGUSTO ZULUAGA PATIÑO, y debido al fallecimiento de mi señor Padre **TITO GIL MONTAÑO**, haré uso de la licencia remunerada en los términos que me confiere la 1280 del 2009 (ley de luto), desde el presente día hasta el próximo viernes 08 del cursante mes y año, toda vez que debemos realizar los actos funerales y su traslado desde esta ciudad al Municipio de Buenaventura donde se le dará cristiana sepultura.

Agradezco su atención.

Atentamente.


NANCY MONTAÑO GARCES

C.C. 31.387.025 de B/vetura.

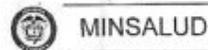
C.C. Rector ADALBERTO SERRANO.

Tel 3361155

Pr 3 Bin call 34 esquina



República de Colombia
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
 ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL



CONFIDENCIAL.
 Los datos que el DANE solicita en este formulario son estrictamente confidenciales, están protegidos bajo reserva estadística por la Ley 79 de 1993, Artículo 5°.

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

71399616 - 3

(Consulte instrucciones al respaldo)

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		Municipio	
Departamento <u>Valle</u>		<u>Cali</u>	
ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
<input checked="" type="checkbox"/> Cabecera municipal <input type="checkbox"/> Centro poblado <input type="checkbox"/> Rural disperso	<input type="checkbox"/> Fetal <input checked="" type="checkbox"/> No fetal	<u>2016</u> Año <u>04</u> Mes <u>03</u> Día	<u>11</u> Hora <u>50</u> Minutos <input type="checkbox"/> Sin establecer
SEXO DEL FALLECIDO	APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)		
<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Indeterminado	Primer apellido <u>MONTAÑO</u> Segundo apellido _____ Primer nombre <u>TITO</u> Segundo nombre <u>GIL</u>		
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)	PROBABLE MANERA DE MUERTE	
<input type="checkbox"/> Registro civil <input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad <input checked="" type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Sin información	<u>6151234</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Violenta <input type="checkbox"/> En estudio	

DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD			
Primer apellido <u>Valencia</u>	Segundo apellido <u>Vasela</u>	Primer nombre <u>Mynem</u>	Segundo nombre _____
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)	PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Cédula de extranjería	<u>98993243</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Promotor(a) de salud	<u>1535787</u>
LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO		FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	
Departamento <u>Valle</u> Municipio <u>Cali</u> <u>2016</u> Año <u>04</u> Mes <u>03</u> Día			

Impreso en la Dirección de Información, Muestreo y Censos Estadísticos del DANE. Formulario DANE 0-830. Junio de 2015



Clasificación	Correspondencia General		
Fecha de radicación:	04 de abril de 2016	Número de radicado:	15072
Tipo de documento:	DERECHOS DE PETICION	Fecha de oficio entrante:	
Número de oficio entrante:			
Persona natural o jurídica:	NANCY MONTAÑO GARCES,.		
Descripción o asunto:	SOLICITUD DE LICENCIA REMUNERADA	Tiempo de respuesta (dias):	
Anexos físicos:		Descripción de anexos físicos:	1
Anexos digitales:			
Destino:	OPERADOR SAC - Auxiliar Administrativo	Copia a:	-

