



INSTITUCIÓN EDUCATIVA AQUILINO BEDOYA
APROBADA POR RESOLUCIÓN N° 672 de NOVIEMBRE 16 DE 1993- DANE 166001000875-01
AVENIDA 30 DE AGOSTO N° 62-59 - TELÉFONOS: 3260638 -3369619

Pereira, abril 06 de 2016

Doctora

PAULA ANDREA MONTOYA HERNANDEZ

Directora de Recursos Humanos y Administración de Plazas Docentes

Secretaria de Educación Municipal

Alcaldía de Pereira

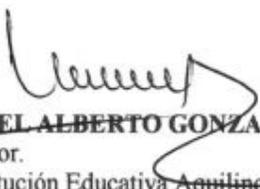
Referencia: Solicitud de horas extras para cubrimiento de incapacidad de la Docente **MARIA VICTORIA AYALA HINCAPIE** identificada con la Cedula de Ciudadanía 24.999.814 encargada del área Educación Física en los grados 7°, 8° y 10°, de la Institución Educativa Aquilino Bedoya.

Por medio de la presente le solicitamos por favor permitir el cubrimiento de las horas dejadas de dictar por la Docente **MARIA VICTORIA AYALA HINCAPIE** a través de las horas extras; dado que la docente se encuentra incapacitada según consta en la documento de la incapacidad certificada por COSMITET No. 290840, que cubre desde el 20 de marzo de 2016 hasta el 09 de abril de 2016.

Las horas extras a cubrir serian desde el 04 de abril al 08 de abril de 2016, lo cual da un total de 30 horas extras.

De antemano agradecemos su atención y colaboración con las Instituciones Educativas en el proceso de formación.

Cordial saludo;


URIEL ALBERTO GONZALEZ N.
Rector.
Institución Educativa Aquilino Bedoya

Anexo: Incapacidad original

Avenida 30 de agosto No. 62-59 Teléfono: 3260638- 3369619 e-mail:

licabl@hotmail.com

"Solo hay una filosofía EL AMOR"



CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA

INCAPACIDAD No. 290840

CIUDAD	DIA	MES	AÑO	SECCIONAL			
P...	23	03	2016	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			
A...		M...		M...			
CC <input type="checkbox"/>	CE <input type="checkbox"/>	TI <input type="checkbox"/>	EDAD	SEXO	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	
No. 114744							
ENTIDAD DONDE LABORA				CARGO ACTUAL			
E. Ap...				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: 1433 NOMBRE DE LA PATOLOGIA: ...							
DIAS INCAPACIDAD		FECHA DE INICIO			FECHA DE FINALIZACION		
NUMERO Y EN LETRA		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
21 (veintiuno)		20	03	2016	31	03	2016
IV CONTINGENCIA							
ENF. GENERAL <input checked="" 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			
D. ...				760933			
FIRMA DEL		CEDULA		FECHA			
 DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL							



Clasificación	Petición ó Tutela		
Fecha de radicación:	08 de abril de 2016	Número de radicado:	16001
Tipo de documento:	DERECHOS DE PETICION	Fecha de oficio entrante:	
Número de oficio entrante:			
Persona natural o jurídica:	URIEL ALBERTO GONZALEZ		
Descripción o asunto:	SOLIICITUD DE HORAS EXTRAS	Tiempo de respuesta (dias):	
Anexos físicos:		Descripción de anexos físicos:	1
Anexos digitales:			
Destino:	OPERADOR SAC - Auxiliar Administrativo	Copia a:	-

