

Pereira febrero 26 de 2016

Doctora Paula Andrea Montoya Hernandez

Jefe de: Recurso Humano

Secretaria de Educacion Municipal

Pereira

¹
²
<http://saia.pereira.gov.co>

Objeto: Solicitud vacaciones

ALCALDIA DE PEREIRA

Radicación No: 9181-2016

Fecha: 26/02/2016-15:46:33

Recibido por: SANDRA MILENA BETANCOURT ARISTIZABAL

Destino: Secretaria de Educación

yo Arcesio Alberto Chaves Gallego solicito a Usted muy comedidamente estudiar la posibilidad de concederme las vacaciones a que tengo derecho como docente ya que el periodo de vacaciones fue necesario correrlas debido a que en todo el tiempo correspondiente entre diciembre y enero estuve incapacitado ya que vengo incapacitado hace 7 meses debido a una lesion cerebral, me gustaria que se me concedieran a partir del primero de marzo si es posible, en caso contrario lo que Usted disponga

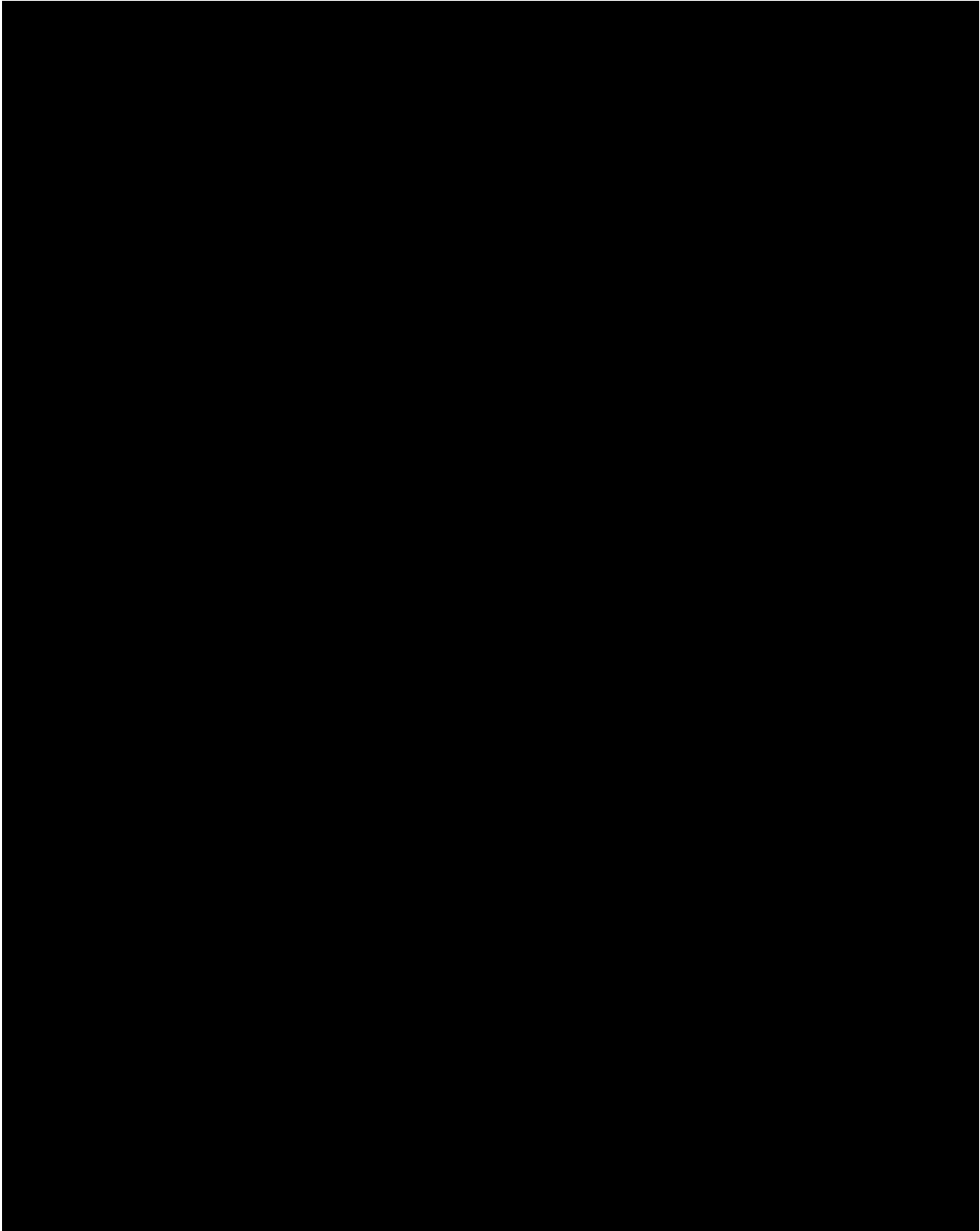
cordialmente:



Arcesio Alberto Chaves Gallego
cc # 10068729 Bra
colegio Alfonso Laramillo

3393667

tel 3104178118



CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA



INCAPACIDAD No. 281237

CIUDAD	DIA	MES	AÑO	SECCIONAL
Palmira	25	02	2016	
INGRESO				DIA
				MES
				AÑO

I ENTIDAD COTIZANTE

MAGISTERIO: VALLE CAUCA CAJANAL CAPRECOM:

S.O.S: POLICIA

II DATOS DEL COTIZANTE

1er APELLIDO	2do APELLIDO	NOMBRES
Chavez	Gutierrez	Alfonso Alberto
CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	EDAD	SEXO: Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
No 10063724		
ENTIDAD DONDE LABORA		CARGO ACTUAL
R. Alfonso Juvenal		Doente

SECTOR: PUBLICO PRIVADO INDEPENDIENTE OTROS

III INFORMACION DE LA INCAPACIDAD

INICIAL PRORROGA

CODIGO: 7063 NOMBRE DE LA PATOLOGIA: Tumor benigno

DIAS INCAPACIDAD	FECHA DE INICIO			FECHA DE FINALIZACION		
NUMERO Y EN LETRA	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
24 (veinticuatro)	26	02	2016	24	02	2016

IV CONTINGENCIA

ENF. GENERAL ENF. PROFESIONAL ACCIDENTE LABORAL

OTRO ACCIDENTE LICENCIA EDAD GESTACIONAL

MEDICO RESPONSABLE (FIRMA Y SELLO) REGISTRO MEDICO

[Firma] 15559-9

FIRMA DEL USUARIO CEDULA FECHA

DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL



CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA

INCAPACIDAD No. 280792

CIUDAD	DIA	MES	AÑO	SECCIONAL
Pereira	29	10	2015	
INGRESO				DIA
				MES
				AÑO

I ENTIDAD COTIZANTE

MAGISTERIO: VALLE CAUCA CAJANAL CAPRECOM

S.O.S POLICIA

II DATOS DEL COTIZANTE

1er APELLIDO	2do APELLIDO	NOMBRES
Chaves	Gutierrez	Alfonso Alberto
CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	EDAD	SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
No. 10069729		

ENTIDAD DONDE LABORA Pereira
H. Alfonso Juvenal

CARGO ACTUAL
Doctor

SECTOR: PUBLICO PRIVADO INDEPENDIENTE OTROS

III INFORMACION DE LA INCAPACIDAD

CODIGO: F068 NOMBRE DE LA PATOLOGIA: Oligo (menstrual) espasmo

INICIAL PRORROGA

DIAS INCAPACIDAD	FECHA DE INICIO			FECHA DE FINALIZACION		
	NUMERO Y EN LETRA	DIA	MES	AÑO	DIA	MES
30 (treinta)	29	10	2015	27	11	2015

IV CONTINGENCIA

ENF. GENERAL ENF. PROFESIONAL ACCIDENTE LABORAL

OTRO ACCIDENTE LICENCIA EDAD GESTACIONAL:

MEDICO RESPONSABLE (FIRMA Y SELLO)

REGISTRO MEDICO

D. Alfonso Juvenal

15550-03

FIRMA DEL USUARIO
DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL

CEDULA

FECHA



CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA

INCAPACIDAD No. 294038

CIUDAD	DIA	MES	AÑO	SECCIONAL			
Pereira.	25	11	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"/>							
O.S <input type="checkbox"/> POLICIA <input type="checkbox"/>							
II DATOS DEL COTIZANTE							
1er APELLIDO	2do APELLIDO	NOMBRES					
Chaves	Gallego	Alcázar Alberto					
CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	EDAD	SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>					
No 10068724							
ENTIDAD DONDE LABORA				CARGO ACTUAL			
FE Alfonso Jaramillo				Diente.			
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 checked="" type="checkbox"/>							
CODIGO: F322. NOMBRE DE LA PATOLOGIA: Falso de parto crónico							
DÍAS INCAPACIDAD		FECHA DE INICIO			FECHA DE FINALIZACIÓN		
NUMERO Y EN LETRA	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	
30 (treinta).	28	11	2015.	27	12	2015.	
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			
Dr. Cus. Fernando Murua				TP. 028-04.			
FIRMA DEL MEDICO		CEDULA		FECHA			
COSMITET LTD.							
DEPARTAMENTO DE SALUD OCCUPACIONAL							



COSMITET LTDA.
Compañía de Servicios Médicos Internacionales P.S. S. A.

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA

INCAPACIDAD No. 294146

CIUDAD	DIA	MES	AÑO	SECCIONAL	INGRESO	DIA	MES	AÑO
Pereira	23	12	2015					

I ENTIDAD COTIZANTE

MAGISTERIO: VALLE CAUCA CAJANAL CAPRECOM
 S.O.S POLICIA

II DATOS DEL COTIZANTE

1er APELLIDO: Chaves 2do APELLIDO: Castro NOMBRES: Arlesio Alberto
 CC CE TI EDAD: 37 SEXO: Masculino Femenino
 No: 00639724
 ENTIDAD DONDE LABORA: Alcaldía de Pereira CARGO ACTUAL: Docente
 SECTOR: PUBLICO PRIVADO INDEPENDIENTE OTROS

III INFORMACION DE LA INCAPACIDAD

CODIGO: 012 NOMBRE DE LA PATOLOGIA: ...
 DIAS INCAPACIDAD: 33 (cheques) INICIAL PRORROGA

FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACION				
	DIA	MES	AÑO		
29	12	2015	26	01	2016

IV CONTINGENCIA

ENF. GENERAL ENF. PROFESIONAL ACCIDENTE LABORAL
 OTRO ACCIDENTE LICENCIA EDAD GESTACIONAL:
 MEDICO RESPONSABLE (FIRMA Y SELLO): ... REGISTRO MEDICO: 0332-11

FIRMA: ... CEDULA: ... FECHA: ...
COSMITET LTDA.
DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL



Clasificación	Petición ó Tutela		
Fecha de radicación:	26 de febrero de 2016	Número de radicado:	9181
Tipo de documento:	DERECHOS DE PETICION	Fecha de oficio entrante:	
Número de oficio entrante:			
Persona natural o jurídica:	ARCESIO ALBERTO CHAVES GALLEGO		
Descripción o asunto:	SOLICITUD	Tiempo de respuesta (dias):	
Anexos físicos:		Descripción de anexos físicos:	4 ANEXOS
Anexos digitales:			
Destino:	OPERADOR SAC - Auxiliar Administrativo	Copia a:	-

