



INSTITUCIÓN EDUCATIVA BOYACÁ
“Fe, Pureza y Esfuerzo”

NIT: 816.002.347-1 DANE: 166.001.0000-93
Resolución No. 458 de 14-10-2004 Expedida por la Secretaría de Educación Municipal

MISIÓN: La Institución Educativa Boyacá es de carácter técnico en el sector oficial, presta el servicio de educación formal con especialidad en Administración y articulada con el SENA, forma ciudadanas que trascienden en lo espiritual, laboral, empresarial, cultural, deportivo y académico, mediante un proyecto de vida, acorde con la Filosofía Educativa Anunciata estructurada por la Madre María Berenice, para contribuir al desarrollo de una sociedad transformadora y productiva.

VISIÓN: La Institución Educativa Boyacá en el 2016 será ejemplo de liderazgo en el municipio de Pereira, con egresadas competentes en lo personal, laboral, empresarial, cultural, deportivo y académico, fortalecidas espiritualmente con la filosofía Anunciata.-

Pereira, abril 26 de 2016

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

Doctora
PAULA ANDREA MONTOYA HERNÁNDEZ
Directora Operativa de Recurso Humano
Secretaría de Educación
Ciudad

ALCALDÍA DE PEREIRA
Radicación No: **19741-2016**
Fecha: 26/04/2016-14:08:15
Recibido por: SANDRA MELBA BETANCOURT ARISTIZABAL
Destino: Secretaría de Educación

REF: SOLICITUD HORAS EXTRAS

Cordial saludo:

De manera muy respetuosa le solicito se asigne un docente por horas extras semanales para cubrir Licencia de maternidad de la docente Ivonne Maritza Beltrán Cifuentes identificada con cedula 24346579 del (27 abr al 14/06/2016)

NVEL/AREA	Grados	No. HORAS
Química	10º y 11º	18 hs.
Ética	11º	2 hs.

Servidora de Jesús y María.

Hna. MARÍA GLADIS BURBANO GELPUD
Rectora

Fotocopia Incapacidad No 287550 de COSMITET



CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA

INCAPACIDAD No. .287550

CIUDAD	DIA	MES	AÑO	SECCIONAL			
				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			
CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>		EDAD		SEXO Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>			
No.							
ENTIDAD DONDE LABORA				CARGO ACTUAL			
SECTOR: PUBLICO <input 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: NOMBRE DE LA PATOLOGIA:							
DIAS INCAPACIDAD		FECHA DE INICIO			FECHA DE FINALIZACION		
NUMERO Y EN LETRA		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
IV CONTINGENCIA							
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			
FIRMA DEL COTIZANTE		CEDULA		FECHA			

8. mar. 2016

1) or respalato



Clasificación	Petición ó Tutela		
Fecha de radicación:	28 de abril de 2016	Número de radicado:	19741
Tipo de documento:	CONSULTA DE DOCUMENTOS	Fecha de oficio entrante:	
Número de oficio entrante:			
Persona natural o jurídica:	MARIA GLADIS BURBANO GELPUD		
Descripción o asunto:	SOLICITUD	Tiempo de respuesta (dias):	
Anexos físicos:		Descripción de anexos físicos:	
Anexos digitales:			
Destino:	OPERADOR SAC - Auxiliar Administrativo	Copia a:	-

