

Pereira, Marzo 16 de 2016

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

Doctor
DANIEL LEONARDO PERDOMO G
Secretario de Educación
Municipio de Pereira

ALCALDIA DE PEREIRA
Radicación No: **12591-2016**
Fecha: 16/03/2016 - 15:22:54
Recibido por: SANDRA MILENA BETHENCOURT ARISTIZABAL
Destino: Secretaría de Educación

ASUNTO: SOLICITUD DEL DISFRUTE DEL PERIODO VACACIONAL DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2015, ENERO DE 2016 Y SEMANA SANTA, POR TERMINACIÓN DE INCAPACIDAD MEDICA

Respetado Doctor.

Se dirige a usted **NORIEH CARVAJAL VALLEJO, C.C 25.160.600**, quien labora en la Institución Educativa Jesús de la Buena Esperanza, como Coordinadora en la jornada de la mañana.

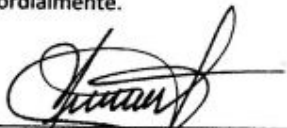
Sufrí un accidente laboral en la institución, que me acarreo una incapacidad médica desde el día 18 de noviembre de 2015 y termina el 23 de marzo de 2016, la cual interrumpió mi periodo vacacional de fin de año y el receso de Semana Santa.

Solicito de manera más respetuosa, expedir el acto administrativo autorizando el disfrute de mi periodo vacacional, a partir del día 28 de marzo.

Las incapacidades fueron reportadas por la institución en las novedades de cada Mes a la Secretaria de Educación.

Anexo copia de las incapacidades autorizadas por la entidad médica desde el día 18 de noviembre de 2015, hasta el 23 de marzo.

Cordialmente.



NORIEH CARVAJAL VALLEJO
CC 25.160.600
Cel: 3147780293



CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA

INCAPACIDAD No. 294974

CIUDAD	DIA	MES	AÑO	SECCIONAL			
Pereira	30	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"/>							
S.O.S <input type="checkbox"/> POLICIA <input type="checkbox"/>							
II DATOS DEL COTIZANTE							
1er APELLIDO		2do APELLIDO		NOMBRES			
Covilla		Villalba		Nicolle			
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. 25160000							
ENTIDAD DONDE LABORA				CARGO ACTUAL			
Pereira				Docente			
SECTOR: PUBLICO <input checked="" type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>							
III INFORMACION DE LA INCAPACIDAD							
CODIGO: 0700				NOMBRE DE LA PATOLOGIA: <i>...</i>			
				INICIAL <input type="checkbox"/> PRORROGA <input type="checkbox"/>			
DIAS INCAPACIDAD		FECHA DE INICIO			FECHA DE FINALIZACION		
NUMERO Y EN LETRA		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
7 (siete)		18	11	2015	24	11	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			
De <i>...</i>							
FIRMA DEL COSMITET LTDA.				CEDULA			
DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL				FECHA			

K. P. Rubio
... Dic 01/2015



INSTITUCIÓN EDUCATIVA
JESUS DE LA BUENA ESPERANZA
NIT. 816.001.9847
RECTOR(A)
PEREIRA - RISARALDA



CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA

INCAPACIDAD No. 294975

CIUDAD	DIA	MES	AÑO	SECCIONAL			
Piñero	30	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"/>							
S.O.S <input type="checkbox"/> POLICIA <input type="checkbox"/>							
II DATOS DEL COTIZANTE							
1er APELLIDO	2do APELLIDO	NOMBRES					
Coronado	Villalobos	Noriega					
CG <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	EDAD	SEXO Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/>					
No 5160000							
ENTIDAD DONDE LABORA			CARGO ACTUAL				
Instituto de la Juventud			Docente - Coordinador				
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: 5720 NOMBRE DE LA PATOLOGIA: Fiebre del dengue							
DIAS INCAPACIDAD		FECHA DE INICIO			FECHA DE FINALIZACION		
NUMERO Y EN LETRA		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
30 (treinta)		25	11	2015	24	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. [Firma]				521030-16			
FIRMA DEL COSMITET LTDA.				CEDULA			
DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL				FECHA			



INSTITUCION EDUCATIVA
JESUS DE LA BUENA ESPERANZA
NIT. 816.001.984-7

Quibij
La Fátima
Dico



CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA

INCAPACIDAD No. 294125

CIUDAD	DIA	MES	AÑO	SECCIONAL		
Pereira	15	12	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				
Camacho	Vallejo	NOMBRE				
CO <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	EDAD	SEXO	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input checked="" type="checkbox"/>		
No 2516222						
ENTIDAD DONDE LABORA	Pereira	CARGO ACTUAL				
It. Jesus de la Beauty		Dueño				
SECTOR: PUBLICO <input checked="" type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>						
III INFORMACION DE LA INCAPACIDAD						
CODIGO: 0720		NOMBRE DE LA PATOLOGIA: Tumor				
DIAS INCAPACIDAD		FECHA DE INICIO		FECHA DE FINALIZACION		
NUMERO Y EN LETRA	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
30 (treinta)	25	12	2015	25	01	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. Wilson Valencia				R. 13-270330		
FIRMA DE COSMITET LTDA		CEDULA		FECHA		
DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL						

Revisado
Y validado
 Enero 13/2016.



CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA

INCAPACIDAD No. 280147

CIUDAD	DIA	MES	AÑO	SECCIONAL		
Pereira	21	01	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				
Carvajal	Vallejo	Noriega				
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 25160600						
ENTIDAD DONDE LABORA		CARGO ACTUAL				
E. Jesus de la Buena E.		Docente				
SECTOR: PUBLICO <input checked="" type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>						
III INFORMACION DE LA INCAPACIDAD						
CODIGO 5720		NOMBRE DE LA PATOLOGIA: Tx. cuello cervic.				
DIAS INCAPACIDAD		FECHA DE INICIO		FECHA DE FINALIZACION		
NUMERO Y EN LETRA	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
30 (treinta)	24	01	2016	22	02	2016
IV CONTINGENCIA						
ENF. GENERAL <input type="checkbox"/>		ENF. PROFESIONAL <input type="checkbox"/>		ACCIDENTE LABORAL <input checked="" type="checkbox"/>		
OTRO ACCIDENTE <input type="checkbox"/>		LICENCIA <input type="checkbox"/>		EDAD GESTACIONAL: <input type="checkbox"/>		
MEDICO RESPONSABLE (FIRMA Y SELLO)				REGISTRO MEDICO		
D. Andres Felipe Lopez				0067-11		
FIRMA DEL USUARIO		CEDULA		FECHA		
COSMITET LTDA DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL						



INSTITUCION EDUCATIVA
JESUS DE LA BUENA ESPERANZA
NIT. 816.001.984-7
RECTOR(A)
PEREIRA - RISARALDA

Recibido: *[Signature]*
Enero 22/2016



CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA

INCAPACIDAD No. 289255

CIUDAD	DIA	MES	AÑO	SECCIONAL			
Perene	16	02	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			
Cruzado		Vallejo		Narciso			
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: 25160600							
ENTIDAD DONDE LABORA				CARGO ACTUAL			
R. Jesus de la Cruz				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 checked="" type="checkbox"/>							
CODIGO: 5720 NOMBRE DE LA PATOLOGIA: Tx. Cuello tenax							
DIAS INCAPACIDAD		FECHA DE INICIO			FECHA DE FINALIZACION		
NUMERO Y EN LETRA		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
30 (treinta)		23	02	2016	23	03	2016
IV CONTINGENCIA							
ENF. GENERAL <input type="checkbox"/> ENF. PROFESIONAL <input type="checkbox"/> ACCIDENTE LABORAL <input checked="" type="checkbox"/>							
OTRO ACCIDENTE <input type="checkbox"/> LICENCIA <input type="checkbox"/> EDAD GESTACIONAL: <input type="checkbox"/>							
MEDICO RESPONSABLE (FIRMA Y SELLO)				REGISTRO MEDICO			
 COSMITET LTDA. DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL				CEDULA		FECHA	

Rafael Cruzado
 Febrero 16/2016



Clasificación	Petición ó Tutela		
Fecha de radicación:	16 de marzo de 2016	Número de radicado:	12591
Tipo de documento:	DERECHOS DE PETICION	Fecha de oficio entrante:	
Número de oficio entrante:			
Persona natural o jurídica:	NORIEETH CARVAJAL VALLEJO		
Descripción o asunto:	SOLICITUD	Tiempo de respuesta (dias):	
Anexos físicos:		Descripción de anexos físicos:	
Anexos digitales:			
Destino:	OPERADOR SAC - Auxiliar Administrativo	Copia a:	-

