



SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL PEREIRA
CENTRO EDUCATIVO PUERTO CALDAS
RESOLUCION 736(13-03-2012) NIT. 816006192-3.
CODIGO DANE No.266001004999

Pereira, febrero 15 de 2016-02-15

Doctora
PAULA ANDREA MONTOYA HERNANDEZ
Administradora Plazas Docentes
SECRETARIA DE EDUCACION

Asunto Solicitud de horas extras

El docente JULIAN ALONSO CASTAÑO del área de Español fue intervenido quirúrgicamente y recibió una incapacidad de 15 días, comprendidas desde el 11 al 25 de febrero, razón por la cual le estoy solicitando autorizarnos recuperar esta carga académica por horas extras, a partir de hoy 15 de febrero

Las docentes que tomara las horas extras son: CATALINA MARIA ARANGO GIRALDO con cedula de ciudadanía numero 30405640 y WENDY VANESSA DURAN UREÑA, con cedula de ciudadanía numero 60446918

Agradezco la atención

Anexo incapacidad

Atentamente,


HERNANDO NÚSTEZ CHAVES
Director
Telefono 3154239507
Correo. Hnch9456@hotmail.com

Anexo incapacidad

**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA**

INCAPACIDAD No. 293846

| | | | | | | | |
|---|-----|---|-----|---|-----------------------|-----|------|
| 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 | | | |
| Luis | | Luis | | Luis Alberto | | | |
| CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> | | EDAD | | SEXO Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> | | | |
| Noi | | | | | | | |
| ENTIDAD DONDE LABORA | | | | CARGO ACTUAL | | | |
| 16. S. S. S. S. S. | | | | Docente | | | |
| 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: 1002 NOMBRE DE LA PATOLOGIA: 1002 | | | | | | | |
| DIAS INCAPACIDAD | | FECHA DE INICIO | | | FECHA DE FINALIZACION | | |
| NUMERO Y EN LETRA | | DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO |
| 17 dias | | 11 | 06 | 2019 | 23 | 06 | 2019 |
| 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 | | | |
| [Firma] | | | | [Registro] | | | |
| FIRMA DEL USUARIO | | CEDULA | | FECHA | | | |
| [Firma] | | | | | | | |
| COSMITET LTDA DEPARTAMENTO DE SALUD OCCUPACIONAL | | | | | | | |



| | | | |
|------------------------------------|--|---------------------------------------|------|
| Clasificación | Petición ó Tutela | | |
| Fecha de radicación: | 15 de febrero de 2016 | Número de radicado: | 6747 |
| Tipo de documento: | DERECHOS DE PETICION | Fecha de oficio entrante: | |
| Número de oficio entrante: | | | |
| Persona natural o jurídica: | HERNANDO NUSTEZ CHAVES | | |
| Descripción o asunto: | SOLICITUD | Tiempo de respuesta (dias): | |
| Anexos físicos: | | Descripción de anexos físicos: | 1 |
| Anexos digitales: | | | |
| Destino: | OPERADOR SAC - Auxiliar Administrativo | Copia a: | - |

