



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

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

Pereira, marzo 03 de 2016

ALCALDIA DE PEREIRA

Radicación No: **10140-2016**

Fecha: 03/03/2016 - 15: 02: 59

Recibido por: SANDRA MILENA BETANCOURT ARISTIZABAL

Destino: Secretaría de Educación

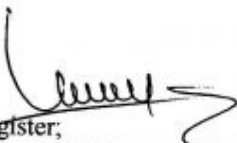
**Doctora**  
**PAULA ANDREA MONTOYA HERNANDEZ**  
**Directora de Recursos Humanos y Administracion de Plazas Docentes**  
**Secretaria de Educación Municipal**  
**Alcaldía de Pereira**

**Referencia:** Solicitud de horas extras para cubrimiento de incapacidad de la Docente GRICELLA MACHADO SCARPETA identificada con la Cedula de Ciudadanía 35.586.355 de grado 1.2 de la Institución Educativa Aquilino Bedoya.

Por medio de la presente le solicitamos por favor permitir el cubrimiento de las horas dejadas de dictar en el grado 1.2 por la Docente GRICELLA MACHADO SCARPETA 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. 287502, que cubre desde el 03 de marzo de 2016 hasta el 17 de marzo de 2016.

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

Cordial saludo;

  
Magister,  
**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](mailto:licabl@hotmail.com)

"Solo hay una filosofía EL AMOR"



**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA**

**INCAPACIDAD No. 287502**

CIUDAD	DIA	MES	AÑO	SECCIONAL			
Persepolis	03	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			
Machado		Díaz		Luzmila			
CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	EDAD			SEXO Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/>			
No. 5336353							
ENTIDAD DONDE LABORA				CARGO ACTUAL			
R. Apollas Borge				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 type="checkbox"/>							
CODIGO: 2193. NOMBRE DE LA PATOLOGIA: ...							
DIAS INCAPACIDAD		FECHA DE INICIO			FECHA DE FINALIZACION		
NUMERO Y EN LETRA		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
13 (trece)		03	03	2016	19	03	2016
IV CONTINGENCIA							
ENF. GENERAL <input 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. Jorge B. ...				10157			
FIRMA DEL USUARIO		CEDULA		FECHA			
 <b>DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL</b>							



<b>Clasificación</b>	Petición ó Tutela		
<b>Fecha de radicación:</b>	03 de marzo de 2016	<b>Número de radicado:</b>	10140
<b>Tipo de documento:</b>	DERECHOS DE PETICION	<b>Fecha de oficio entrante:</b>	
<b>Número de oficio entrante:</b>			
<b>Persona natural o jurídica:</b>	URIEL ALBERTO GONZALEZ NARANJO		
<b>Descripción o asunto:</b>	SOLICITUD	<b>Tiempo de respuesta (dias):</b>	
<b>Anexos físicos:</b>		<b>Descripción de anexos físicos:</b>	
<b>Anexos digitales:</b>			
<b>Destino:</b>	OPERADOR SAC - Auxiliar Administrativo	<b>Copia a:</b>	-

