



**INSTITUCION EDUCATIVA SAN FERNANDO**

RESOLUCIÓN APROBACION N° 5112 del 25 /11/ 2011  
DANE 166001000344 NIT. 816004731-4

Pereira, marzo 2 de 2016

Doctora

**PAULA ANDREA MONTOYA HERNANDEZ**

Directora Administrativa para la prestación del servicio  
Educativo y Administrativo de Plazas Docentes del Municipio  
Pereira. Risaralda

ASUNTO: DISPONIBILIDAD HORAS EXTRAS

Cordial Saludo:

Con la presente me permito solicitar disponibilidad de horas extras para cubrir a la docente MARTHA ELCI DIAZ RESTREPO, de BASICA PRIMARIA quien se encuentra incapacitada desde el 7 de MARZO hasta el 16 de MARZO del año en curso.

Por la atención que le merezca a la presente brindo mis más sinceros agradecimientos.

Cordialmente,



**Esp NORBERTO DE JESUS VALENCIA NIETO**  
Rector

Proyectó y elaboró: Constanza Santofimio Rojas

**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA**

INCAPACIDAD No. 287943

CIUDAD	DIA	MES	AÑO	SECCIONAL			
PEREIRA	07	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			
Diaz		Rosales		Marta Eli			
CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	EDAD			SEXO Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/>			
No. 32313020							
ENTIDAD DONDE LABORA				CARGO ACTUAL			
E. San Fernando				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: 5123. NOMBRE DE LA PATOLOGIA: Fx. hueso metacarpo							
DIAS INCAPACIDAD		FECHA DE INICIO			FECHA DE FINALIZACION		
NUMERO Y EN LETRA		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
15 (quince)		02	03	2016	10	03	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. [Firma] COSMITET LTDA.				1029-94			
FIRMA DEL USUARIO				CEDULA		FECHA	
DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL							



<b>Clasificación</b>	Petición ó Tutela		
<b>Fecha de radicación:</b>	09 de marzo de 2016	<b>Número de radicado:</b>	11081
<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>	NORBERTO DE JESUS VALENCIA NIETO		
<b>Descripción o asunto:</b>	SOLICITUD	<b>Tiempo de respuesta (dias):</b>	
<b>Anexos físicos:</b>		<b>Descripción de anexos físicos:</b>	1
<b>Anexos digitales:</b>			
<b>Destino:</b>	OPERADOR SAC - Auxiliar Administrativo	<b>Copia a:</b>	-

