

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

Pereira, marzo 9 de 2016

ALCALDIA DE PEREIRA

Radicación No: **11106-2016**

Fecha: 09/03/2016-11:03:30

Recibido por: SANDRA HELENA BETANCOURT ARISTIZABAL

Destino: Secretaría de Educación

Doctora
PAULA ANDREA MONTOYA
JEFE DE RECURSOS SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL
PEREIRA

Asunto : Solicitud de vacaciones

Respetada Doctora

Por medio de la presente, le solicito muy comedidamente, autorizar mi periodo de vacaciones que quedo pendiente por causa de una incapacidad de 30 días.

La incapacidad tuvo lugar desde el 12 de diciembre de 2015 hasta el 10 de enero de 2016.

Por lo anterior le solicito muy comedidamente, me permita gestionar mi periodo vacacional para la siguiente fecha 12 mayo de 2016 hasta el 10 de junio del mismo año.

Por la atención que la presente le merezca, reciba mi agradecimiento sincero.

Cordialmente,



MARIA ZULEMA SANCHEZ GIL
C.C. 25156458 DE SANTA ROSA
COORDINADORA
I.E. ALFONSO JARAMILLO GUTIERREZ

Anexos: Fotocopia de la incapacidad

**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA**

INCAPACIDAD No. 294135

CIUDAD	DIA	MES	AÑO	SECCIONAL			
PEREIRA	21	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					
Jaramila	Ortiz	Miguel Ángel					
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 25156433							
ENTIDAD DONDE LABORA	PEREIRA	CARGO ACTUAL					
IC. Alfonso Jaramila		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 type="checkbox"/>							
CODIGO: R104. NOMBRE DE LA PATOLOGIA: Absceso hepático							
DIAS INCAPACIDAD	FECHA DE INICIO			FECHA DE FINALIZACION			
NUMERO Y EN LETRA	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	
30 (treinta)	12	12	2015	10	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			
Dr. Andrés Muñoz López				10701			
FIRMA DEL MEDICO		CEDULA		FECHA			
FIRMA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL		COSMITET LTDA. Compañía de Salud Ocupacional S.A.S. C.A.					



Clasificación	Petición ó Tutela		
Fecha de radicación:	09 de marzo de 2016	Número de radicado:	11106
Tipo de documento:	DERECHOS DE PETICION	Fecha de oficio entrante:	
Número de oficio entrante:			
Persona natural o jurídica:	MARIA ZULMA SANCHEZ GIL		
Descripción o asunto:	SOLICITUD	Tiempo de respuesta (dias):	
Anexos físicos:		Descripción de anexos físicos:	
Anexos digitales:			
Destino:	OPERADOR SAC - Auxiliar Administrativo	Copia a:	-

