



INSTITUCION EDUCATIVA RAFAEL URIBE URIBE - PRIMERO DE MAYO - LA VICTORIA
Resolución N° 2691 de Junio 20 de 2008
Nir. 816001232-7 Dane 166001000913
"Mejoramos Permanentemente para Garantizar la Calidad de Nuestro Servicio"

Pereira, Julio 25 de 2016

Doctora:
PAOLA ANDREA MONTOYA HERNÁNDEZ
Directora Operativa de Prestación de
Servicio Educativo y Administración
De Plazas Docentes.

ALCALDIA DE PEREIRA
Resolución No: **34047-2016**
Fecha: 25/07/2016 09:58:18
Recebe: Sra. SANDRA HELENA BETAÑO CORTI ARISTIZABAL
Dirección de Gestión de Educación
ANEXO 3

Referencia: Solicitud Horas Extras

Con la presente y de la manera más atenta le solicito autorización de horas extras a partir de la fecha, para cubrir la incapacidad de la Licenciada en Básica Primaria Blanca Azeneth Gil Molina con Cédula N° 24.413.487 a partir del día de hoy hasta el 18 de agosto del presente año.

Lunes y miércoles la docente de Básica Primaria Rosalía Córdoba Hinestroza Cédula N° 25.004.463 10 horas Semanales.

Martes y jueves El Docente de Básica Primaria Juan Carlos Marín Sánchez Cédula N° 10.115.200 10 horas Semanales.

Viernes la Docente Luz Adriana Fernández Ospina Cédula N° 42.113.147 5 horas semanales.

Atentamente


Econ. BEATRIZ HELENA RAMIREZ RAMIREZ
Rectora (E)

Anexo: Fotocopia incapacidad

Elaboró/Proyecta: Luz Stella Restrepo O

Calle 27 N° 7 - 72 Tel: 3261647-3262784
Email: comunicacion@iepu.edu.co
Pereira - Risarcaldá

**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA**

INCAPACIDAD No. 288788

| | | | | | | | |
|---|-----|-----------------|-----|---|-----------------------|-----|-----|
| 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 | | | |
| | | | | | | | |
| CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> | | EDAD | | SEXO Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> | | | |
| No. | | | | | | | |
| ENTIDAD DONDE LABORA | | | | CARGO ACTUAL | | | |
| 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: NOMBRE DE LA PATOLOGÍA: | | | | | | | |
| DIAS INCAPACIDAD | | FECHA DE INICIO | | | FECHA DE FINALIZACION | | |
| NUMERO Y EN LETRA | | DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO |
| | | | | | | | |
| 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 | | | |
| FIRMA DEL USUARIO | | | | FECHA | | | |
| COSMITET <small>SEMI-ESTADO</small> DEPARTAMENTO DE | | | | | | | |

07-18



| | | | |
|------------------------------------|--|---------------------------------------|-------|
| Clasificación | Petición ó Tutela | | |
| Fecha de radicación: | 25 de julio de 2016 | Número de radicado: | 34047 |
| Tipo de documento: | CONSULTA DE DOCUMENTOS | Fecha de oficio entrante: | |
| Número de oficio entrante: | | | |
| Persona natural o jurídica: | BEATRIZ HELENA RAMIREZ RAMIREZ | | |
| Descripción o asunto: | SOLICITUD | Tiempo de respuesta (días): | |
| Anexos físicos: | | Descripción de anexos físicos: | 1 |
| Anexos digitales: | | | |
| Destino: | OPERADOR SAC - Auxiliar Administrativo | Copia a: | - |

