

Alcaldía de Pereira
Secretaría de Educación Municipal
Institución Educativa

"INEM FELIPE PÉREZ"

Nit: 891401480-6 Código DANE: 166001002339
R1.1-R1.1.6

Pereira, 18 de Julio de 2016

Doctora
PAULA ANDREA MONTOYA HERNANDEZ
Directora Prestación del servicio Educativo
Secretaría de Educación Municipal de Pereira
Ciudad

ASUNTO: Solicitud Horas Extras

Cordial Saludo

Atentamente estamos solicitando autorización de 22 horas extras semanales para cubrir la incapacidad del Docente Américo Quejada Córdoba del Área de Primaria quien se encuentra incapacitado por 30 días a partir del día 11 de Julio hasta el 9 de Agosto del presente año.

Agradeciendo su atención,

Cordialmente,


FANY TORO BEDOYA
Rectora

Anexo: Copia Incapacidad

**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA**

INCAPACIDAD No. 288778

CIUDAD	DIA	MES	AÑO	SECCIONAL			
Itiro	13	07	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			
Díaz		Ceballos		Miguel			
CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	EDAD			SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>			
No. 1173334							
ENTIDAD DONDE LABORA				CARGO ACTUAL			
INEM Hija				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: 2433. NOMBRE DE LA PATOLOGIA: Epilepsia							
DÍAS INCAPACIDAD		FECHA DE INICIO			FECHA DE FINALIZACION		
NUMERO Y EN LETRA		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
30 (treinta)		11	07	2016	04	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. José							
FIRMA DEL USUARIO				FECHA			
COSMITET LTDA. DEPARTAMENTO DE SALUD OCCUPACIONAL							



ALCALDÍA DE PEREIRA

Clasificación	Petición ó Tutela		
Fecha de radicación:	18 de julio de 2016	Número de radicado:	32950
Tipo de documento:	DERECHOS DE PETICION	Fecha de oficio entrante:	
Número de oficio entrante:			
Persona natural o jurídica:	FANY TORO BEDOYA		
Descripción o asunto:	SOLICITUD	Tiempo de respuesta (dias):	
Anexos físicos:		Descripción de anexos físicos:	1
Anexos digitales:			
Destino:	OPERADOR SAC - Auxiliar Administrativo	Copia a:	-

