



INSTITUCIÓN EDUCATIVA
ALFONSO JARAMILLO GUTIER
Resolución N°. 2379 del 30 de octubre de 2002
DANE 166001000620 NIT.891408302-5

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

9

ALCALDIA DE PEREIRA
Radicación No: **24188-2016**
Fecha: 24/05/2016-08:20:14
Recibido por: JOSE OYER BUITRAGO
Destino: Secretaría de Educación

Pereira, 20 de mayo de 2016

Doctora
PAULA ANDREA MONTOYA HERNANDEZ
Directora Administrativa de Prestación del Servicio Educativo
Secretario de Educación Municipal
Ciudad

Cordial saludo

Comendidamente solicito la autorización de horas extras para cubrir la incapacidad de del Coordinador Académico ORLANDO CARDONA MARN, con cédula de ciudadanía número 7.520.501 de Armenia, desde el día 18 de mayo de 2016 hasta el 16 de junio de 2016.

Atentamente,

Carlos Villalba B.
CARLOS ABRAHAM VILLALBA BAZA
Rector



CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA

INCAPACIDAD No. 289449.

CIUDAD	DIA	MES	AÑO	SECCIONAL			
Tejano	23	05	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				
Castro	Mora		D. Luis				
CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	EDAD		SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>				
No. 7520501							
ENTIDAD DONDE LABORA			CARGO ACTUAL				
R. Alfonso Jaramilla			Jefe				
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: 3035 NOMBRE DE LA PATOLOGIA: 1-328200-310v							
DIAS INCAPACIDAD		FECHA DE INICIO			FECHA DE FINALIZACION		
Numero y en letra		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
30 dias		13	05	2016	16	05	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			
J. Alfonso Jaramilla							
FIRMA DEL USUARIO		CEDULA		FECHA			
COSMITET LTDA Compañía de Servicio Médico Especializado TEB 4 S.A.							
DEPARTAMENTO DE							



Clasificación	Petición ó Tutela		
Fecha de radicación:	24 de mayo de 2016	Número de radicado:	24188
Tipo de documento:	DERECHOS DE PETICION	Fecha de oficio entrante:	
Número de oficio entrante:			
Persona natural o jurídica:	CARLOS ABRAHAM VILLALBA BAZA		
Descripción o asunto:	AUTORIZACION	Tiempo de respuesta (dias):	
Anexos físicos:		Descripción de anexos físicos:	1
Anexos digitales:			
Destino:	OPERADOR SAC - Auxiliar Administrativo	Copia a:	-

