



MUNICIPIO DE PEREIRA  
"INSTITUCION EDUCATIVA" *INSTITUTO TECNICO SUPERIOR*  
Preescolar – Primaria y Bachillerato Industrial

Aprobado por la Secretaría de Educación Municipal de Pereira, Resolución N°.456 de Octubre 14 de 2004  
N° DANE 166001002061 NIT 891480070-7

*Pereira, Septiembre 19 de 2016*

*Doctor*  
*DANIEL LEONARDO PERDOMO GAMBOA*  
*Secretario de Educación Municipal*  
*Doctora*  
*PAULA ANDREA MONTOYA HERNANDEZ*  
*Directora Administrativa Plazas Docentes*  
*Secretaría de Educación Municipal*  
*Pereira, Risaralda*

*Cordial saludo,*

*Respetuosamente me dirijo a ustedes, para solicitarles la autorización para atender por horas extras la asignación académica del docente GERMAN ALEXANDER RINCON TORO identificado con cédula de ciudadanía N°10.142.091 del taller de Diseño, según incapacidad médica N°.165572 desde el 19 de septiembre de 2016.*

*Atentamente,*

*JOSE DANIEL OCAMPO MARULANDA*  
*Rector*



**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA**

INCAPACIDAD No. 165572

CIUDAD	DIA	MES	AÑO	SECCIONAL		
Ferrol	19	09	2016			
INGRESO		DIA	MES	AÑO		
<b>I ENTIDAD COTIZANTE</b>						
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"/>						
<b>II DATOS DEL COTIZANTE</b>						
1er APELLIDO	2do APELLIDO	NOMBRES				
Ramon	Tojo	German Alexander				
CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	EDAD	SEXO	Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>		
No. 10142041						
ENTIDAD DONDE LABORA Ferrol		CARGO ACTUAL				
FE. Telecomunicaciones		Docente				
SECTOR: PUBLICO <input checked="" type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>						
<b>III INFORMACION DE LA INCAPACIDAD</b> INICIAL <input type="checkbox"/> PRORROGA <input type="checkbox"/>						
CODIGO: F114 NOMBRE DE LA PATOLOGIA: R. Lumbago						
DIAS INCAPACIDAD		FECHA DE INICIO		FECHA DE FINALIZACION		
NUMERO Y EN LETRA	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
14 (catorce)	19	09	2016	02	10	2016
<b>IV CONTINGENCIA</b>						
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. Juan B... R				0532-11		
FIRMA DEL USUARIO				CEDULA		FECHA
COSMITET LTDA				DEPARTAMENTO DE		
SALUD OCCUPACIONAL						

*[Handwritten Signature]*  
Sep 21/2016



<b>Clasificación</b>	Petición ó Tutela		
<b>Fecha de radicación:</b>	26 de septiembre de 2016	<b>Número de radicado:</b>	45347
<b>Tipo de documento:</b>	Carta	<b>Fecha de oficio entrante:</b>	
<b>Número de oficio entrante:</b>			
<b>Persona natural o jurídica:</b>	JOSE DANIEL OCAMPO MARULANDA		
<b>Descripción o asunto:</b>	SOLICITUD AUTORIZACION	<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>	-

