

Pereira, 3 de agosto de 2016

Señores:  
SECRETARIA DE EDUCACIÓN PEREIRA  
Ciudad

ASUNTO: SOLICITUD DE SEMANAS DE VACACIONES PENDIENTES


Cordial saludo,

Tal y como se menciona en el asunto, la presente es para solicitar las semanas de vacaciones correspondientes al mes de junio, en vista de que no las tuve por cruce con la licencia de maternidad de la que soy portadora actualmente desde el 23 de mayo y hasta el 28 de agosto del presente año.

Para constancia anexo copia de la licencia de maternidad con las respectivas fechas para su verificación.

Agradezco de antemano la atención y colaboración que me pueda dar.

Atentamente,

  
ADRIANA MARÍA RUIZ ROJAS  
C.C. No. 42159671 de Pereira  
Docente de Aula, Ciencias Naturales  
Institución Educativa Ciudadela Cuba  
Cel. 3147903844  
C/o 17 # 83-234 Casa 13  
Picon La Villa II



**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA**

INCAPACIDAD No. 298885

CIUDAD	DIA	MES	AÑO	SECCIONAL		
Ferrier	23	05	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				
Roa	Pojos	Nancy Nunez				
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. 42134671						
ENTIDAD DONDE LABORA	Entidad	CARGO ACTUAL				
U. Ciudadela	Cuba	Direct				
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: 154, NOMBRE DE LA PATOLOGIA: sup. embudo uterino						
DIAS INCAPACIDAD	FECHA DE INICIO			FECHA DE FINALIZACION		
NUMERO Y EN LETRA	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
43 (cuarenta y tres)	23	05	2016	28	08	2016
<b>IV CONTINGENCIA</b>						
ENF. GENERAL <input type="checkbox"/> ENF. PROFESIONAL <input type="checkbox"/> ACCIDENTE LABORAL <input type="checkbox"/>						
OTRO ACCIDENTE <input type="checkbox"/> LICENCIA <input checked="" type="checkbox"/> EDAD GESTACIONAL: <input type="checkbox"/>						
MEDICO RESPONSABLE (FIRMA Y SELLO)				REGISTRO MEDICO		
Dr. Stanley B. H. Alvar						
FIRMA DEL USUARIO		CEDULA		FECHA		
COSMITET LTDA DEPARTAMENTO DE ALUD OCUPACIONAL						



<b>Clasificación</b>	Petición ó Tutela		
<b>Fecha de radicación:</b>	03 de agosto de 2016	<b>Número de radicado:</b>	36128
<b>Tipo de documento:</b>	DERECHOS DE PETICION	<b>Fecha de oficio entrante:</b>	
<b>Número de oficio entrante:</b>			
<b>Persona natural o jurídica:</b>	ADRIANA MARIA RUIZ ROJAS		
<b>Descripción o asunto:</b>	SOLICITUD DE VACACIONES	<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>	-

