



**INSTITUCION EDUCATIVA  
VILLA SANTANA  
EDUCACION PARA TODOS (AS)  
Aprobado Según Resolución No  
1523De Diciembre 01 de 2006**

ALCALDIA DE PEREIRA

Radicación No: **37885-2017**

Fecha: 17/08/2017-17:25:27

Recibido por: SANDRA MILENA BETANCOURT ARISTIZABAL

Destino: 2.9.4. Dirección de Bienes y Servicios Educativos

Anexo: 4

**Pereira 17 de Agosto de 2017**

Doctora

Paula Andrea Montoya Hernández  
Directora Administrativa Talento Humano del Sector.

Cordial saludo de la Dirección de la Institución Educativa Villasantana

La presente es para hacerle entrega de la incapacidad y /o licencia de Maternidad de la Docente Carolina Montes Montes del Área de Matemáticas que Inicio el día 14 de Agosto de 2017 y termina el día 17 de Diciembre de 2017 de igual manera la incapacidad por enfermedad de Olga lucia Rendón Carmona que Inicio el día 10 de Agosto de 2017 y termina el día 8 de Septiembre de 2017 Anexo la incapacidad de ambas Docentes.

Le agradezco su Gestión para tener las Docentes en el menor tiempo posible

Atentamente

  
**ARIEL DE JESUS HOYOS HOYOS**  
**M.G Rector**



**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA**

INCAPACIDAD No. 161159

CIUDAD	DIA	MES	ANO	SECCIONAL			
P	04	08	2017	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			
Montes		Montes		Cordoba			
CG <input type="checkbox"/>	CE <input type="checkbox"/>	TI <input type="checkbox"/>	EDAD	SEXO	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input checked="" type="checkbox"/>	
No: 24645313							
ENTIDAD DONDE LABORA				CARGO ACTUAL			
FE. Villa San Carlos				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: M77, NOMBRE DE LA PATOLOGIA: Tumor benigno, maxilar							
DIAS INCAPACIDAD		FECHA DE INICIO			FECHA DE FINALIZACION		
NUMERO Y EN LETRA		DIA	MES	ANO	DIA	MES	ANO
3 (tres)		04	07	2017	11	08	2017
<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 type="checkbox"/> EDAD GESTACIONAL: <input type="checkbox"/>							
MEDICO RESPONSABLE (FIRMA Y SELLO)				REGISTRO MEDICO			
 COSMITET LTDA							
FIRMA DEL USUARIO			CEDULA		FECHA		
DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL							



**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA**

INCAPACIDAD No.

161329

CIUDAD	DIA	MES	ANO	SECCIONAL			
Piñon	15	08	2014	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			
Pineda		Pineda		Cristina			
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. 24513513		P					
ENTIDAD DONDE LABORA				CARGO ACTUAL			
E. Univ. Antioquia				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: 2301 NOMBRE DE LA PATOLOGIA: embudo de hernia							
DIAS INCAPACIDAD		FECHA DE INICIO			FECHA DE FINALIZACION		
NUMERO Y EN LETRA		DIA	MES	ANO	DIA	MES	ANO
126 (ciento veintiseis)		14	07	2014	17	12	2014
IV CONTINGENCIA							
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			
Dra. Cosmitet B. H. A.							
FIRMA DEL USUARIO		CEDULA			FECHA		
DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL							



**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA**

INCAPACIDAD No. 161222

CIUDAD	DIA	MES	ANO	SECCIONAL			
Pereira	10	08	2011	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			
Rendon		Comunas		Olga Lucia			
CG <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	EDAD		SEXO Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/>				
No. 25162722							
ENTIDAD DONDE LABORA			CARGO ACTUAL				
H. Villa San Juan			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: 2428 NOMBRE DE LA PATOLOGIA: Ojos establos cortos							
DIAS INCAPACIDAD		FECHA DE INICIO			FECHA DE FINALIZACION		
NUMERO Y EN LETRA		DIA	MES	ANO	DIA	MES	ANO
30 (treinta)		10	08	2011	08	04	2011
<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			
D. Wilmar Fernando Bideya							
FIRMA DEL USUARIO		CEDULA			FECHA		
[Stamp: DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL]							

## SOLICITUD DE INCAPACIDADES Y/O LICENCIAS DE MATERNIDAD

### INFORMACION DEL COTIZANTE

Identificación:	CC 25162782	HC:	25162782 - CC
Primer Nombre:	OLGA	Segundo Nombre:	LUCIA
Primer Apellido:	RENDON	Segundo Apellido:	CARMONA
No. Ingreso:	617943	Fecha Solicitud:	10/8/2017
Ciudad:	PEREIRA		

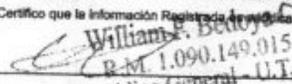
### INFORMACION SOBRE LA INCAPACIDAD

Tipo Contingencia: INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD GENERAL      Prórroga : NO  
Fecha de Inicio: 10/08/2017      Fecha de Terminación: 8/09/2017      Duración: 30 días  
Diagnóstico: Z988      Descripción: OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS  
Observación:

### INFORMACION DE LA IPS Y DEL PROFESIONAL

NOMBRE IPS: PINARES MEDICA - PEREIRA

Certifico que la información Registrada es verídica y libre de ser confirmada

  
WILLIAM FERNANDO BEDOYA CADAVID  
R.M. 1.090.149.015  
Médico General U.T.P.

WILLIAM FERNANDO BEDOYA CADAVID  
CC: 1090149015 T.P.: 1090149015  
MEDICO GENERAL

Al firmar como cotizante excepto las condiciones impuestas para mi recuperación

OLGA LUCIA RENDON CARMONA  
CC: 25162782  
COTIZANTE



<b>Clasificación</b>	Petición ó Tutela		
<b>Fecha de radicación:</b>	17 de agosto de 2017	<b>Número de radicado:</b>	37885
<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>	ARIEL DE JESUS HOYOS HOYOS		
<b>Descripción o asunto:</b>	INFORMACION	<b>Tiempo de respuesta (dias):</b>	
<b>Anexos físicos:</b>		<b>Descripción de anexos físicos:</b>	4
<b>Anexos digitales:</b>			
<b>Destino:</b>	OPERADOR SAIA EDUCACION - AUXILIAR ADMINISTRATIVO	<b>Copia a:</b>	-

