

3828240

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

Pereira, 12-08-2016

ALCALDIA DE PEREIRA

Radicación No: **37829-2016**

Fecha: 12/08/2016-10:07:36

Recibido por: SANDRA HELENA BETANCOURT, AC18712ABAL

Destino: Secretaría de Educación

Doctor (a)

Secretaria de Educación

Ciudad Pereira

Respetado (a) Doctor (a):

De manera atenta me permito Remitir la Incapacidad
de Lisa Reinalda Rios Rios
Para los fines Pertinentes
motivo Embarazo de Alto Riesgo

Agradeciendo su amable atención y en espera de contar con su valiosa colaboración.

Lisa Reinalda Rios Rios
MZ 1 Casa 16 Alameda Agro Industrial
C 2046383422



CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA

INCAPACIDAD No. 164323

CIUDAD	DIA	MES	ANO	SECCIONAL			
FERRER	11	03	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			
Rios		Rios		Luis Rios			
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. 23214213							
ENTIDAD DONDE LABORA				CARGO ACTUAL			
FE La Bella				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: 23-01 NOMBRE DE LA PATOLOGIA: <i>comp. con diabetes mell.</i>							
DIAS INCAPACIDAD		FECHA DE INICIO			FECHA DE FINALIZACION		
NUMERO Y EN LETRA		DIA	MES	ANO	DIA	MES	ANO
130 (trece)		11	03	2016	13	11	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			
Dr. Juan B. R.				3532-11			
FIRMA DEL USUARIO		CEDULA		FECHA			
COSMITET LTDA							
DEPARTAMENTO DE							



Clasificación	Petición ó Tutela		
Fecha de radicación:	12 de agosto de 2016	Número de radicado:	37829
Tipo de documento:	CONSULTA DE DOCUMENTOS	Fecha de oficio entrante:	
Número de oficio entrante:			
Persona natural o jurídica:	LINA REINELIA RIOS RIOS		
Descripción o asunto:	REMISION DE INCAPACIDAD	Tiempo de respuesta (dias):	
Anexos físicos:		Descripción de anexos físicos:	
Anexos digitales:			
Destino:	OPERADOR SAC - Auxiliar Administrativo	Copia a:	-

