Bogotá 18 de junio 2024

FUNDACION PEPASO

Señora Luz Dary Bueno

SOLICITUD POR PERMISO NO REMUNERADO

Por medio de la presente, yo JULIETH PAOLA LAMBRAÑO RICARDO identificada con cedula de ciudadanía 1143375795, me permito solicitar un permiso no remunerado por calamidad familiar, debido a la enfermedad de mi madre donde tuve que trasladarme fuera de Bogotá para ser más concreta Cartagena Bolívar, Deseo informarle que a partir del 17 de junio hasta el 30 de junio no podré asistir al trabajo, con el propósito de atender los cuidados y necesidades urgentes que requiere mi familiar.

Me comprometo a retomar mis labores habituales a partir del 1 de julio presente año, una vez que la situación familiar se estabilice. Durante mi ausencia, me aseguraré de que mis responsabilidades sean cubiertas de manera adecuada y que cualquier trabajo pendiente sea atendido.

Agradezco de antemano su comprensión y consideración ante esta situación delicada. Estoy dispuesta a proporcionar cualquier documentación adicional que sea necesaria para respaldar esta solicitud.

Quedo a su disposición para discutir cualquier detalle adicional que requiera su atención. Agradezco su pronta consideración a este asunto.

Atentamente,

Julieth Paola lambraño Ricardo
CC 1143375795
CEL 3233963659

Powered by CamScanner

Cartagena de Indias, 16 de Junio 2024

GESTION SALUD S.A.S

CERTIFICA QUE:

El paciente **DENY MARIA MUÑOZ LAMBRAÑO** Identificada con **CC.45503372** de Cartagena/bolivar, Se encuentra hospitalizada en nuestra institución con ingreso del día 17 de mayo del presente año.

Se expide tal certificado por petición del familiar (**JULIETH PAOLA LAMBRAÑO RICARDO- HIJA**) para fines pertinentes.

Para mayor constancia se firma en la ciudad de Cartagena a los 16 días del mes de junio del 2024.

YULY BENITEZ
AUXILIAR DE ADMISIONES
CLINICA GESTION SALUD
NIT:806015201-3

GESTION SALUD S.A BARRIO AMBERES. CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO No 38-20 TEL: 6810199
CARTAGENA COLOMBIA

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

24078020608642

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

Departamento: BOLÍVAR | Municipio: CARTAGENA DE INDIAS

ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

Área: Cabecera Municipal | Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío):

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
No fetal	2024-07-01	05:30:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Femenino	Cédula de ciudadania	45503372

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
MUÑOZ	LAMBRAÑO	DENY	MARIA

PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO	
	Pertenencia étnica	¿A cuál pueblo indígena pertenece?
Natural	Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

Tipo de documento: Cédula de ciudadania | Número de documento: 1047428009

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
RODRIGUEZ	YANEZ	TOMAS	

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	13-28347

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento: BOLÍVAR | Municipio: CARTAGENA DE INDIAS

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Año - Mes - Dia: 2024-07-01

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones

Fecha de impresión: 2024-07-01 06:33

Código verificación: F866-28E4-8FB1-FE9

Powered by CamScanner