

municipio, de de 2

Doctor (a),

Directora Técnica del Recurso Humano
Secretaría de Educación de

ASUNTO: SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE VACACIONES INTERRUMPIDAS POR INCAPACIDAD MÉDICA.

La *suscrita* (o), identificada (o) con cédula de ciudadanía N° _____ Docente en la Institución Educativa _____ de Medellín, adscrita (o) al Estatuto Docente _____ de _____. Le solicito comedidamente, tramitar ante quien corresponda la expedición del Acto Administrativo de **REANUDACIÓN INMEDIATA DE VACACIONES INTERRUMPIDAS POR INCAPACIDAD MÉDICA** dado que fui incapacitada durante mi periodo de vacaciones por los días _____ de _____ de 20____.

Mi periodo vacacional, como es de ustedes conocido, está comprendido entre el _____ de diciembre de 2022 y el 10 de enero de 2023.

Anexo copia de incapacidad.

Agradezco su oportuna gestión.

Cordialmente,

Nombre _____

C.C. _____

Celular _____