



# INSTITUCIÓN EDUCATIVA SURORIENTAL

Reconocimiento Oficial Mediante Resolución: 3772 del 24 de Noviembre de 2005  
Nit 816005849-9 Dane 166001006091



19

1250327

Pereira, septiembre 3 de 2015

ALCALDIA DE PEREIRA  
Radicación No: 50327-2015  
Fecha: 03/09/2015 14:27:42  
Recibido por: JOSE OIVER BUITRAGO  
Destino: Secretaría de Educación  
Atencio: 1

Doctora:  
**MARÍA SIRLEY OSSA VERGARA**  
**DIRECTORA ADMINISTRATIVA DE PRESTACIÓN**  
**DEL SERVICIO ADMINISTRATIVO**  
Ciudad

**Asunto: Reintegro periodo vacacional.**

Cordial saludo:

Respetuosamente solicito al despacho la autorización de trece (13) días de vacaciones, en razón a la incapacidad médica que fue desde el 30 de diciembre de 2014 hasta el 28 de enero de 2015.

El periodo que solicito me sea reconocido como vacaciones, está comprendido entre el 30 de diciembre de 2014 al 11 de enero de 2015.

Cordialmente,

*Fabián Bahena Quintero*  
**FABIÁN HUMBERTO BAHENA QUINTERO**  
C.C 15.918.298  
Docente

*Gildardo Antonio Gartner Gallego*  
**GILDARDO ANTONIO GARTNER GALLEGO**  
Rector  
VoBo

Elaboró: Ana M. G.

Calle 17 No 23 B 20 Barrio Boston Teléfono 321 23 08  
Email [colegiosuroriental@hotmail.com](mailto:colegiosuroriental@hotmail.com)

Fecha  
Incapacidad  
del 30/12/2014  
al 28/01/15

Vacaciones  
del 2 de Dic 2014  
al 11 de Enero 2015

Incapacidad  
q' reconoce  
del 30/12/14  
al 11/01/15  
13 días



CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICEN...

INCAPACIDAD No. 291753

CIUDAD	DIA	MES	AÑO	SECCIONAL	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				
CC <input type="checkbox"/>	CE <input type="checkbox"/>	TI <input type="checkbox"/>	EDAD	SEXO	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>			
No.								
ENTIDAD DONDE LABORA				CARGO ACTUAL				
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 checked="" type="checkbox"/> PRORROGA <input type="checkbox"/>								
CODIGO: NOMBRE DE LA PATOLOGIA								
DIAS INCAPACIDAD								
FECHA DE INICIO			FECHA DE FINALIZACION					
NUMERO Y EN LETRA			DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
IV CONTINGENCIA								
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		
FIRMA DEL USUARIO				CUBULA		FECHA		
				 DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL				

Se entregó incapacidad original  
para solicitar bonos extras.

*[Handwritten signature]*



<b>Clasificación</b>	Correspondencia General		
<b>Fecha de radicación:</b>	03 de septiembre de 2015	<b>Número de radicado:</b>	50327
<b>Tipo de documento:</b>	Carta	<b>Fecha de oficio entrante:</b>	
<b>Número de oficio entrante:</b>			
<b>Persona natural o jurídica:</b>	GILDARDO ANTONIO GARTNER GALLECO		
<b>Descripción o asunto:</b>	REINTEGRO	<b>Tiempo de respuesta (días):</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>	-

