

SOLICITUD PERMISO CAPACITACION

☐ DESIGNADO _____
(Institución)
☒ VOLUNTARIO



Constanza Gutiérrez Soto

viene en solicitar permiso con goce de

(Nombre Funcionario)

remuneraciones, para capacitación por 2 días, a contar de 10/4/14 hasta 11/04/14 para asistir a III Curso de Adolescencia de 7 horas, en Universidad de Concepción en la ciudad de Concepción, con el compromiso de remitir el certificado de asistencia y/o aprobación correspondiente.

COSTO ITEM CAPACITACION: SI ☐ NO ☒ TOTAL ☐ PARCIAL ☐ MONTO: \$ 20.000

Valor del Evento 20.000

Carolina Pizarro Muñoz
VºBº Jefe Directo

Constanza Gutiérrez Soto
Rut: 16.894.098-K
PSICÓLOGA
Firma Solicitante

INFORME DEL ESTABLECIMIENTO

Durante el año se han concedido 0 días, según decretos alcaldicios Nros. _____

La circunstancia especial que se invoca para justificar este permiso permite informar favorablemente/
~~negativamente~~. (subrayar lo que no corresponda) resolviendo el Señor Alcalde o en quien delegue la función.
Debe volver: 14/4/14 le restan 3 días.



VºBº DIRECTOR ESTABLECIMIENTO

CHIGUAYANTE, 23 ABR. 2014

VISTOS: estos antecedentes; la Ley N° 19.378 de 1995, Estatuto de Atención Primaria de Salud; la Ley N° 18.883, Estatuto Administrativo de los funcionarios Municipales; y, en uso de las facultades que me confiere el D.F.L. N° 1/19.704 de 2001 del interior que fija el texto refundido, coordinado, sistematizado y actualizado de la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de municipalidades;

DECRETO: 711

Concedase permiso en la forma solicitada por el peticionario e imputese el gasto correspondiente al presupuesto de capacitación de la Dirección de Administración de Salud, previa presentación de documentación respaldatoria.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.

Lisandro Tapia Sandoval
SECRETARIO MUNICIPAL

Jose Antonio Rivas Villalobos
ALCALDE

JARV/LTS/JRY/ARG/pvn
C.c: - Secretaría Municipal
- Depto. Personal
- Interesado
- Archivo D.A.S.

DIRECCION
ADMINISTRACION DE SALUD
CHIGUAYANTE

23 ABR 2014