

SOLICITUD PERMISO CAPACITACION

☐ DESIGNADO _____
(Institución)
☒ VOLUNTARIO

Carolina Cepeda Becerra, viene en solicitar permiso con goce de
(Nombre Funcionario)

remuneraciones, para capacitación por 2 días, a contar de 10/4/14 hasta 11/4/14 para
asistir a III curso de administración de 16 horas, en U. mapari
en la ciudad de mapari, 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

V°B° Jefe Directo

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: _____ le restan _____ días.



V°B° DIRECTOR ESTABLECIMIENTO

CHIGUAYANTE, 23 ADO 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: 712

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.

V°B° JURIDICO D.A.S.
MUNICIPALIDAD DE CHIGUAYANTE
SECRETARIO MUNICIPAL
LISANDRO TAPIA SANDOVAL
SECRETARIO MUNICIPAL

MUNICIPALIDAD DE CHIGUAYANTE
ALCALDE
JOSE ANTONIO RIVAS VILLALOBOS
ALCALDE

JARV/LTS/FRY/ARG/pvn

C.c: - Secretaría Municipal
- Depto. Personal
- Interesado
- Archivo D.A.S.

DIRECCIÓN
ADMINISTRACIÓN DE SALUD
CHIGUAYANTE