

SOLICITUD PERMISO CAPACITACION

DESIGNADO DAS Chiguayante
(Institución)
 VOLUNTARIO

RODRIGO BECERRA MOLINA, viene en solicitar permiso con goce de
(Nombre Funcionario)

remuneraciones, para capacitación anual, a contar de 7/4/2014 hasta diciembre 2014
modalidad e-learning PROBLEMAS FRECUENTES EN MEDICINA AMBULATORIA, con el
compromiso de remitir el certificado de asistencia y/o aprobación correspondiente.

COSTO ITEM CAPACITACION: SI NO TOTAL PARCIAL MONTO: \$210.000.-

Valor del Evento \$210.000.-

[Signature]
VºBº Jefe Directo

[Signature]
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: XXXXXXXX le restan X días.



[Signature]
VºBº DIRECTOR ESTABLECIMIENTO

CHIGUAYANTE, 07 MAY 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: 783

Concédase 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 ARCHIVASE.



[Signature]
ALEXANDRO TAPIA SANDOVAL
SECRETARIO MUNICIPAL



[Signature]
JOSE ANTONIO RIVAS VILLALOBOS
ALCALDE

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



08 MAY 2014

DIRECCION ADMINISTRACION DE SALUD CHIGUAYANTE

VºBº RR.HH D.A.S.