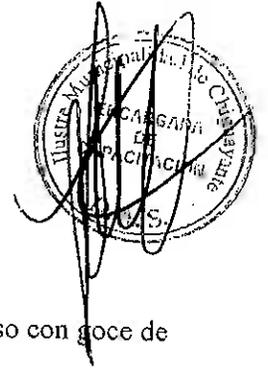


SOLICITUD PERMISO CAPACITACION

DESIGNADO _____
 VOLUNTARIO _____
(Institución)



DRA. CECILIA BORLANDO VARELA, viene en solicitar permiso con goce de
(Nombre Funcionario)

remuneraciones, para capacitación por 1 días, a contar de 30/05/14 hasta 30/05/14
para asistir a CURSO PEDIATRIA AMBULATORIA FACTORES DE RIESGO PREHOSPITALARIO
¿CUANDO DERIVAR? de 15 horas, en COLEGIO MEDICO CONCEPCION 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: \$30.000
Valor total del Evento.

[Signature]
V°B° Jefe Directo

Dra. CECILIA BORLANDO VARELA
Medicina Familiar
RUT: 18.790.184-6
Firma Solicitante

INFORME DEL CONSULTORIO

Durante el año se han concedido 2 días, según decretos alcaldicios Nos _____

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: 02/06/14 le restan 2 días.



[Signature]
V°B° DIRECTOR ESTABLECIMIENTO

CHIGUAYANTE, 02 JUN. 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: 846

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

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVASE.

V°B° JURIDICO D.A.S.

[Signature]
SECRETARIO MUNICIPAL
LISANERO TAPIA SANDOVAL
SECRETARIO MUNICIPAL

[Signature]
ALCALDE
JOSE ANTONIO RIVAS VILLALOBOS