



Municipalidad de Puente Alto
Dirección de Recursos Humanos
Departamento de Administración de Personal.

PUENTE ALTO, Octubre 02 del 2024

RESOLUCIÓN N° 12022/

VISTOS Y TENIENDO PRESENTE: La solicitud adjunta, la autorización del Departamento de Personal que otorga su visto bueno para hacer uso de feriado, lo dispuesto en los Artículos 101, 102, 103 y 106 de la Ley N°18.883, Estatuto Administrativo y en uso de las facultades que me confiere la Ley N° 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades, lo dispuesto en la Ley N° 21.526 Artículo 51 y Decreto Exento N° 72 del 14 de Marzo del 2019, delegues ene el Director de Recursos Humanos, las facultades para firmar "Por orden del Sr. Alcalde", las resoluciones del Departamento de Personal.

Autorizase: La (los) solicitud (es) de feriado (s) al funcionario que a continuación se indica.

NOMBRE	CALIDAD JURIDICA	GRADO	ESCALAFON	DIAS	DESDE	HASTA	PEND.
CODINA POWERS GERMAN	PLANTA	1	ALCALDE	1	02/10/2024	02/10/2024	1

Desígnese Subrogante a ROMAN AZAR MIGUEL ANGEL Grado 3, mientras dure la ausencia del Titular

Anótese, Comuníquese y remítase copia de la presente resolución al interesado y a las Unidades Municipales Respectivas.


ANA MARIA LOPEZ DURAN
DIRECTORA RECURSOS HUMANOS (S)


PERS/cvr.-

Distribución:

- Interesado
- Departamento de Personal.

FORMULARIO SOLICITUD DE PERMISO

DATOS PERSONALES

COBINA POWERS		GEBRIN		14.25.850-3	
Apellidos		Nombre		Rut	
	ALCALDE	1º	Planta	Alcalde	
Escalafón	Cargo	Grado	Calidad Jurídica	Depto. / Dirección Municipal	

TIPO DE PERMISO

(marque según corresponda)

<input type="checkbox"/> Permiso con Sueldo	<input type="checkbox"/> A.M.	<input type="checkbox"/> P.M.	Nº de Días	
<input checked="" type="checkbox"/> Feriado Legal			Nº de Días	1
<input type="checkbox"/> Permiso por matrimonio			Nº de Días	
<input type="checkbox"/> Permiso Examen Preventivo (Ley 20.769)			Nº de Días	
<input type="checkbox"/> Nacimiento Hijo (Solo Varones)			Nº de Días	
<input type="checkbox"/> Fallecimiento (Padres, Hijos, Hermanos, Cónyuge)			Nº de Días	
<input type="checkbox"/> Horas / Días Compensados			Nº de Días / Horas	



A contar del 2 OCTUBRE 2024

Motivos:

FIRMA FUNCIONARIO (A)

[Handwritten signature]

FIRMA JEFE (A) DIRECTO

[Handwritten signature]

FIRMA DIRECTOR (A)

[Handwritten signature]

USO EXCLUSIVO DEPARTAMENTO ADMINISTRACION DE PERSONAL

Acumulados a la Fecha	
Nº de Días	
Permisos C/S	
Permisos S/S	
Feriado	Año
Acumulados Año	
Compensación	

Fecha Solicitud:

Funcionario Responsable:

Observaciones:
12022 02/10/2024

VºBº
DEPTO. ADM. DE PERSONAL

[Handwritten signature]