



**I. MUNICIPALIDAD DE VALLENAR
DEPARTAMENTO DE SALUD**

5603

MAT.: "Curso Actualización Trastorno Temporomandibular"/

DECRETO EXENTO N° _____/

VALLENAR,

14 OCT 2011

VISTOS

- Ordinario N°3325 de fecha 12 Septiembre 2011 de Director Hospital Regional Copiapó.
- La Delegación de Facultades Edilicias a través del Decreto Exento N° 1831 del 24 de Marzo del 2010 y Decreto Exento N° 2043 complementario, del 01 de Abril 2010.
- Teniendo presente las atribuciones que me confiere la Ley N° 18.695 de 1988 Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus modificaciones.

DECRETO

1. Autorizase permiso a Odontólogos que se indican, para asistir a la ciudad de Copiapó a curso **"Actualización en Trastorno Temporomandibular"**, a realizarse los días 13 y 14 Octubre 2011:

- Don Rodrigo Marinado V.
- Don Raúl Medina O.
- Don Eric Araya N.

2. Tómesese debida nota por quien corresponda para los fines a que haya lugar

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.

POR ORDEN DEL SR. ALCALDE


**NANCY E. FARFAN RIVEROS
SECRETARIA MUNICIPAL**




**DRA. PATRICIA SALINAS GUTIERREZ
DIRECTORA DEPTO. SALUD
MUNICIPAL**

DISTRIBUCION:

- Dirección de Salud Municipal
- Asociación de Funcionarios Salud Municipal
- Dirección Control
- Unidad Personal
- Archivo Oficina de Partes

NFR/Dra.PSG/RAGL/pah

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO SALUD ATACAMA
HOSPITAL REGIONAL COPIAPO
"SAN JOSÉ DEL CARMEN"
SUB DEPTO. CAPACITACIÓN
HVR / MSP /sgo

ORD.: 3325

ANT.: No hay

MAT.: Invita a curso "Actualización Trastorno
Temporomandibular"

COPIAPO. 12 SET. 2011

DE: SR. HERNAN ROJAS LOPEZ
DIRECTOR HOSPITAL REGIONAL COPIAPO

A: SEGUN DISTRIBUCION

Junto con saludarle, informo a Ud. que nuestro establecimiento esta próximo a realizar curso "Actualización en Trastorno Temporomandibular", a realizarse los días 13 y 14 de octubre en el salón de la Universidad del Mar ubicada en Avda Copayapu #2862 en la ciudad de Copiapó y que el Comité Regional de Capacitación, ha incluido en el Programa Anual de Capacitación 2011, dirigido a la Ley Médica 19.664, orientado a la entrega de nuevas herramientas a los profesionales Odontólogos.

Es por tal motivo y considerando la importancia de la actividad es que invitamos a participar de dicha capacitación que se amplió a la red asistencial (Hospitales y Consultorios) con el objetivo de actualizar los conocimientos en la materia.

Cabe destacar que los gastos de viáticos y pasajes son responsabilidad de cada establecimiento, en los casos que corresponda.

Agradeciendo desde ya su interés en el tema y esperamos la participación en esta actividad solicitamos confirmar a través de correo electrónico a Scarlet.godoy@redsalud.gov pertenecientes al Sub Depto. de capacitación a mas tardar el día 27 de septiembre 2011.

Se despide atentamente de Ud.,



SR. HERNAN ROJAS LOPEZ
DIRECTOR
HOSPITAL REGIONAL COPIAPO

CAPACITACIÓN

13/09/2011.

Distribución

- Hospital Florencio Vargas Días. Diego de Almagro. (Calle Juan Martínez 2200 Diego de Almagro)
- Hospital Manuel Magalhaes Medling. Huasco. (Cantera 105 Huasco)
- Hospital Provincial de Huasco. Vallenar. (Avenida Huasco 392 Sect. Media Luna Vallenar)
- Hospital Dr. Jerónimo Méndez Arancibia. Chañaral. (Avenida Prat 1000 Chañaral)
- Dirección de Salud Municipal, Copiapó. (Los concejales s/n 2do piso Copiapó)
- Sub Depto. Capacitación Hospital Copiapó



SOLICITUD DE PERMISO

I. MUNICIPALIDAD DE VALLENAR
DEPARTAMENTO DE SALUD

06 OCT. 2011

RECIBIDO
OFICINA DE PARTES

Vallenar,

Rodrigo Navarro Vera

Cargo

Gerente EPR

del Establecimiento

CERPA EPR

con domicilio en Imperial Pto 3/N. comuna de Vallenar, al Señor
Alcalde de la Comuna expone y solicita:

Que viene en solicitar permiso con sin goce de sueldo por 2 días, a
contar del 13 de octubre al 14 de octubre del 2011

Por el siguiente motivo:

Capacitación curso "Atención
en trauma por tempestades"

Le saluda atentamente a usted,

Firma del Solicitante

Informe Jefe Directo

Firma y Timbre



Otorgo mi conformidad

Directora Depto. Salud Municipal

Prov. N° /

Vallenar,

Pase a la Secretaría Municipal, para la
dictación del Decreto.

Alcalde de la Comuna



SOLICITUD DE PERMISO



Vallenar, 07 DE OCTUBRE 2011

RAÚL MEDINA OYARZO, Cargo ODONTÓLOGO
del Establecimiento CESFAM ESTACIÓN,
con domicilio en _____, al Señor
Alcalde de la Comuna expone y solicita:

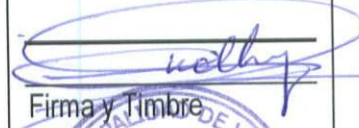
Que viene en solicitar permiso con sin goce de sueldo por 2 días, a
contar del 13 de OCTUBRE al 14 de OCTUBRE del 2011

Por el siguiente motivo: CAPACITACIÓN: "CURSO ACTUALIZACIÓN
TRASTORNO TEMPOROMANDIBULAR"

Le saluda atentamente a usted,

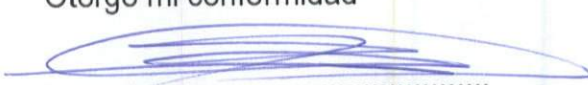

Firma del Solicitante

Informe Jefe Directo


Firma y Timbre



Otorgo mi conformidad


Directora Depto. Salud Municipal

Prov. N° _____ /

Vallenar,

Pase a la Secretaría Municipal, para la
dictación del Decreto.

Alcalde de la Comuna



I MUNICIPALIDAD DE VALLENAR
DEPARTAMENTO DE SALUD

MEMORANDUM N° 1019 /

ANT.

MAT: Lo que se informa /

VALLENAR,

11 OCT. 2011

DE: DIRECTORA DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL

A: DR ERIC ARAYA NAVARRETE /

En atención a su carta del 06 de Octubre de 2011, que dice relación con su interés en participar en **Curso "Actualización en Trastornos Temporo-Mandibulares"**, programado para los días 13 y 14 de Octubre, se informa a usted que esta Dirección autoriza el permiso correspondiente a los días antes señalados, con la finalidad de apoyar dicha actividad.

Sin otro particular, le saluda atentamente,



DRA. PATRICIA SALINAS GUTIERREZ
DIRECTORA AREA SALUD
MUNICIPAL

Memo Int. 659
DISTRIBUCIÓN

- Señalada
- Sub Dirección Administrativa
- Secretaría Depto. de Salud Municipal
- Archivo Programa(2)

DRA.PSG/NTTA/MCP/aat /



SOLICITUD DE PERMISO

Vallenar, 07 de Octubre 2011

En Araya Noranete
..... del Establecimiento CEPAM Carretera Cargo Odontólogo
con domicilio en avenida 620....., al Señor
Alcalde de la Comuna expone y solicita:

Que viene en solicitar permiso con sin goce de sueldo por 2 días, a
contar del 13 de Octubre al 14 de Octubre del 2011

Por el siguiente motivo: Capacitación en Cpro'
Actualización en Brocheros Emprendimientos

Le saluda atentamente a usted.

Informe Jefe Directo		Firma del Solicitante
Firma y Timbre		Otorgo mi conformidad
		Directora Depto. Salud Municipal

Prov. N° _____ /

Vallenar,

Pase a la Secretaría Municipal, para la
dictación del Decreto.

Alcalde de la Comuna