



G O B I E R N O D E  
**C H I L E**  
SERVIU - REGIÓN  
METROPOLITANA

003301

14.MAY2010

RESOLUCION EXENTA N° \_\_\_\_\_/

VISTOS :

a) La Solicitud presentada por doña NICOLE CECILIA MARTINEZ ORTIZ, Profesional (Planificador Social), a Contrata, asimilada al Grado 10° EUR., de la Planta Nacional de Cargos del MINVU y sus Servicios dependientes, mediante la cual solicita permiso especial a raíz del fallecimiento de su Padre, ocurrido el 01 de Mayo del 2010;

b) La ley N° 20.137, que establece que el personal de la Administración del Estado tendrá derecho a un permiso especial, pagado de tres días hábiles, y que podrá hacer uso desde el momento del fallecimiento;

c) El título IV, artículo 108°, del D.F.L. N° 29/2004, que fijó el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.834/89, que aprobó el Estatuto Administrativo;

d) La Resolución N° 1600, de 2008, de la Contraloría General de la República, que establece normas sobre exención del trámite de Toma de Razón;

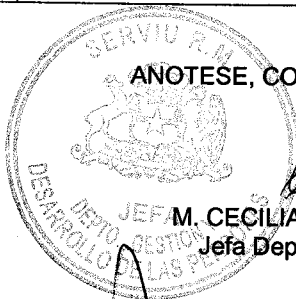
e) El D.S. N° 355 (V. y U.) de 1976, Reglamento Orgánico de los SERVIU, la Resolución N° 576 (V. y U.) de 2009, que me nombra Jefe del Departamento Administrativo y las facultades que me delegan las Resoluciones N° 531 de 1993, N° 389 de 1994 y N° 1119 de 1997, todas de la Dirección del Servicio, dicto la siguiente:

R E S O L U C I O N

1° **AUTORIZASE**, el Permiso Especial por fallecimiento de su Padre, a doña NICOLE CECILIA MARTINEZ ORTIZ, individualizada en el visto a) precedente, por los días que a continuación se mencionan:

DESDE	HASTA	N° DIAS
03.05.2010	05.05.2010	03

ANOTESE, COMUNIQUESE Y CUMPLASE



*M. Cecilia Martinez de la Harpe*  
M. CECILIA MARTINEZ DE LA HARPE  
Jefa Departamento Administrativo



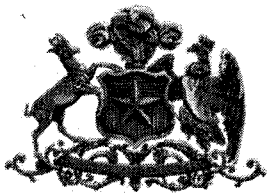
*[Signature]*  
M.F. hcn.

TRANSCRIBIR A:

- Dirección
- Departamento Gestión y Desarrollo de las Personas
- Subdepto. Desarrollo de las Personas
- Sección Secretaría General
- Sección Partes y Archivo
- Control de Asistencia
- Interesada

*[Signature]*  
**CESAR BELAUDE KOCK**  
MINISTRO DE FE - SUBROGANTE

**SERVICIO DE VIVIENDA Y URBANIZACIÓN METROPOLITANO**  
Serrano 45 y Arturo Prat 48, Santiago. Fono (02) 782 09 00  
www.serviurm.cl



GOBIERNO DE  
**CHILE**

MINISTERIO DE  
VIVIENDA Y URBANISMO  
SERVIU METROPOLITANO

SEÑOR  
DIRECTOR  
SERVIU METROPOLITANO  
PRESENTE

**SOLICITUD DE PERMISO ADMINISTRATIVO – LEY Nº 20.137**

SANTIAGO, 03-05-10

NOMBRE Nicoló Martínez Otriz  
 DEPARTAMENTO Administrativo  
 JEFE DIRECTO Cecilia Martínez de la Haya  
 LUGAR DE TRABAJO Of. Central de Partes  
 TELEFONO Y ANEXO 70 20 9 9 7  
 DOMICILIO PARTICULAR Calle Jorge Latorre # 601  
 CALIDAD JURIDICA Contrato

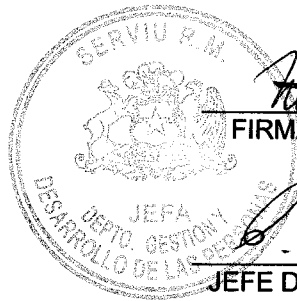
Solicita al Sr. Director concederle Permiso con Goce de Remuneraciones, de acuerdo a Ley Nº 20.137, por el fallecimiento de papá

DESDE 03 Mayo 2010 HASTA 05 Mayo 2010

Saluda atentamente a Ud.,

\_\_\_\_\_  
JEFE DIRECTO

\_\_\_\_\_  
SUBDIRECTOR



Nicoló Martínez O  
FIRMA FUNCIONARIO

[Signature]  
JEFE DEPARTAMENTO

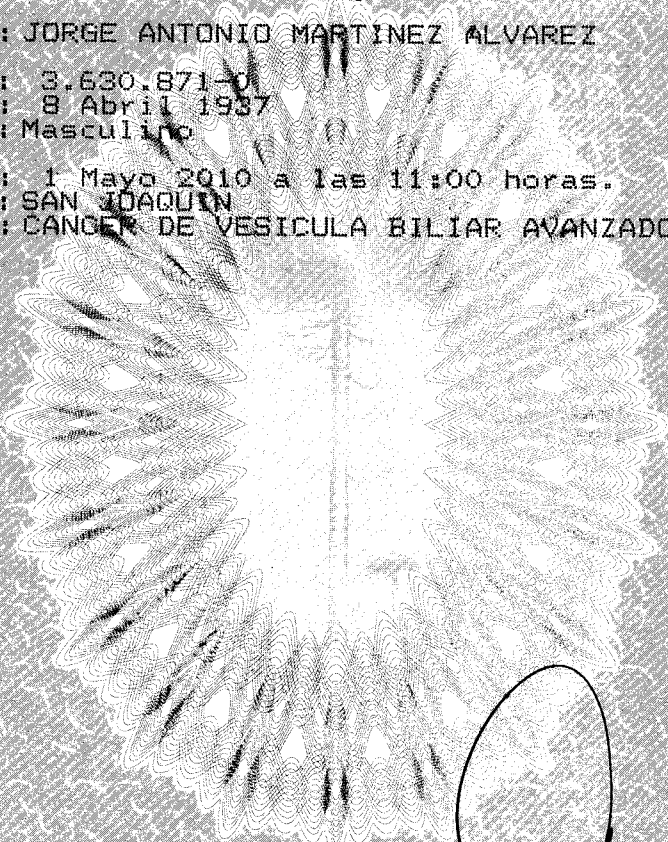
**OBSERVACIÓN :**

- La Solicitud de este beneficio es independiente de los permisos con goce de remuneraciones, establecidos por el Estatuto Administrativo.
- Para hacer uso de este permiso especial se debe adjuntar el respectivo Certificado de Defunción.
- Este permiso remunerado equivalente a 7 días corridos, a partir del día respectivo del fallecimiento del hijo o cónyuge
- En caso de defunción fetal, así como en el de muerte del padre o de la madre del trabajador (a), este será de 3 días hábiles y el permiso se hará efectivo desde el momento de acreditarse la muerte, con el respectivo certificado de defunción.



CERTIFICADO DE DEFUNCION

Circunscripción : SAN JOAQUIN  
Nro. inscripción : 109 Registro : Año : 2010  
Nombre inscrito : JORGE ANTONIO MARTINEZ ALVAREZ  
R.U.N. : 3.630.871-0  
Fecha nacimiento : 8 Abril 1937  
Sexo : Masculino  
Fecha defunción : 1 Mayo 2010 a las 11:00 horas.  
Lugar defunción : SAN JOAQUIN  
Causa de muerte : CANCER DE VESICULA BILIAR AVANZADO / / /



FECHA EMISION: 4 Mayo 2010, 11:08.

*[Handwritten signature]*

IMPUESTO PAGADO - VALOR : \$ 710  
Impreso en: SAN JOAQUIN  
REGION : METROPOLITANA

1819407 RUN : 3630871-0 7QLPDM

FIRMA Y SELLO FUNCIONARIO AUTORIZADO

POBRES