



NOTA N° 98/2025

Anillaco, 15 de Abril de 2025

Señor

Att. De Supervisión de Nivel Medio y Superior – Zona III

Prof. PEREYRA PABLO DAVID

Su Despacho

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., a los fines de informar la continuidad de la Preceptora suplente: **PEREA RAMONA ROSA** - D.N.I 17.973.547 desde 14-04-25 hasta el 13-05-25. Se envía documentación para su registro correspondiente.

Suplente de:

RODRIGUEZ DARIO HERNAN, D.N.I 24.921.246

PRECEPTOR Turno Mañana

Se adjunta:

* Certificado del Preceptor Interino: RODRIGUEZ DARIO HERNAN.

* ND1

Sin otro particular, saludo a Ud.,

atentamente



David Perea
D. David Perea
PRECEPTOR
COLEGIO SECUNDARIO "PRESBITERO VIRGILIO C. FERREYRA"
ANILLAGO - LA RIOJA

MEDI FAM S.R.L.

Avda Facundo Quiroga N°661 - La Rioja

CENTRAL - LA RIOJA - CAPITAL

1

00173271

CONSTANCIA DE ATENCION MÉDICA

Día	Mes	Año
14	04	2025

Para ser presentado en: **MINISTERIO DE EDUCACION**

Apellido y Nombre del Empleado: **RODRIGUEZ, DARIO HERNAN**

DNI: 24.921.246

Organismo / Establecimiento / Unidad / Etc **COLEGIO PROVINCIAL PBRO. VIRGILIO C. FERREYRA**

Ide/Cue 0004600146
/4600803/4600108

Diagnóstico: Depresion ansiosa

Código N°081456

Alta:

Código de Licencia:

Justificado Desde: 14/04/2025 Hasta: 13/05/2025 Control: 14/05/2025

720 0 0

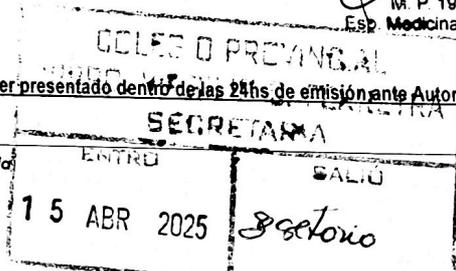
Observaciones del Profesional

Nota Adm.



[Signature]
Dr. CARLOS FERNANDEZ
Director Médico de MEDIFAM
M. P. 1913
Esp. Medicina Laboral

Este comprobante debe ser presentado dentro de las 24hs de emisión ante Autoridad Superior.





Gobierno de la Provincia de La Rioja
Ministerio de Educación

ZONA: AIMOGASTA

PLANILLA DE NOVEDADES DOCENTES

ND-01

CUE: 4600 AMU (34) Denominación de la Escuela: Col. Soc. Pcia. "Pbro. Virgilio C. Ferrer"

Documento: 17973547 Agente: Perez Ramona Rosa Fecha: 13/04/2025

Plazas Afectadas: Todas las que ejerce el AGENTE en la escuela Nombre Ocupante Actual:

CUPOF 1: Proceptor Suplente Turno mañana
CUPOF 2:
CUPOF 3:
CUPOF 4:
CUPOF 5:

Movimiento	A <input type="checkbox"/> ALTA Inicio de Alta: / / Fin Alta: / / Sit. Rev.**: T I S V Antigüedad Certificada: años	B <input type="checkbox"/> BAJA Fecha de Baja: / / Motivo*: R C T P M TRF D Nota de Renuncia:
	I <input type="checkbox"/> INICIO DE LICENCIA Fecha: / / Término Prev.: / / Código: Art.: Certificado Médico:	F <input type="checkbox"/> FIN DE LICENCIA Fecha: / / Código: Art.:
	C CONTINUIDAD SUPLENTE <input checked="" type="checkbox"/> Fecha Fin: 13/05/25	

Firma y Sello del Director / Rectores

Visado del Supervisor

Observaciones: Suplente de Rodriguez Dario Hernan (Interino) con Licencia Medica.

ADVERTENCIA: Si por alguna razón, el TRAMITE es enviado al CGAD sin ALGUNA documentación respaldatoria, las Autoridades que firmen esta Planilla, se hacen responsables de la VERACIDAD y el envío posterior de la documentación. Todos los requisitos deben presentarse antes del cierre de la liquidación.

Casos en los que resulta OBLIGATORIO el informe de OTRO movimiento:
 Si ha informado el Alta de un Suplente. ANTES debe informar la Licencia del agente al que suple
 Si ha informado el Alta de un Interino o Suplente en una Plaza, ANTES debe informar la baja o licencia del ocupante anterior
 Si ha informado el inicio de Licencia de un Agente, debe informar el Alta de quien lo suple (si lo hubiere)
 Si ha informado el Fin de Licencia de un Agente, ANTES debe informar la Baja de quien lo suple (si lo hubiere)

REFERENCIA ALTA (Situación de Revista): * T=Titular, I=Interino, S=Suplente Común, V=Volante
 BAJA (Motivos): * R=Renuncia, C=Cierre, T=Termino, P=Presentación del Docente, M=Traslado, TRF=Transferencia, D=Disponibilidad