****

 **LA RIOJA 16 DE ABRIL DE 2025**

**SRA. COORDINADORA GENERAL DE LIQUIDACIONES DE HABERES**

**MINISTERIO DE EDUCACION, CIENCIA Y TECNOLOGIA**

**CRA. ALEJANDRA MANTOVANI**

**SU DESPACHO**

 La Dirección de la Escuela de Comercio Nº2, tiene el agrado de dirigirse a Ud., a efecto de elevar **Novedad de ALTA** del Agente que a continuación se detalla; con su documentación correspondiente para el trámite que estime corresponder:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Apellido y Nombre** | **D.N.I.** | **Curso y Div.** | **Horas** | **Carácter** | **Asignatura o Cargo de Alta** | **Fecha de Alta** |
| **OJEDA, DANIELA ALEJANDRA** | **37.427.465** | **5°1°****3°5°** | **04Hs****05Hs** | **Suplente****Suplente** | **Lengua y Literatura****Lengua y Literatura** | **11/04/25****11/04/25** |
| **//////////////////** | **//////////** |  **/////** | **/////** | **////////** | **///////////////** | **///////////////** |

**Observaciones: Documentación enviada por via Digital.-**

- Alta por Carpeta Medica Prof. Vílchez Verónica.- .-

 Atentamente****

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| ZONA: CAPITAL LA RIOJA |

 |
| **Gobierno de la Provincia de La Rioja**  *Ministerio de Educación* | **PLANILLA DE NOVEDADES DOCENTES** |  | **ND-01** |
|   |  |
| CUE: | 4600 ( 197) Denominación de Escuela | **Esc. Pcial de Comercio Nº 2 “Inpector Carlos A. Lanzillotto”** |
| Documento | **37.427.465** | **Agente** | **OJEDA, DANIELA ALEJANDRA** | **Fecha**  | 16/04/25 |
| Plazas Afectadas: |  | Todas las que ejerce el AGENTE en la Escuela Nombre del ocupante actual: |
| CUPOF 1: | **4600197-0 -ETP- 5-1-Prof.-Lengua y literatura. -M-28/07/2004-PP-4** |  |  |
| CUPOF 2: | **4600197-0 -ETP- 5-1-Prof.-Lengua y literatura. -M-28/07/2004-PP-5** |  |
| CUPOF 3: |  |  |
| CUPOF 4: |  |  |
| CUPOF 5: |  |  |
|  |
| Movimiento | **X** | **Alta** |  |  | **Baja** |  | Firma y sello de la autoridad Escolar |
|  | Fecha de Baja |  |  |
| Inicio de AltaFin Alta.  | 11/04/25 |  |  |
|   | Motivo | R | C | T | P |  |
|  | M |  TRF | D |
| Sit. Revista | T |  I  | S\* | V |  |  |
| I | **Inicio de Licencia**. |  | F | **Fin de Licencia** |  | Conformidad Agente: |
|  |  |
|  | FechaTérmino previsto |  / / |  | Fecha: |  |  |
|  |  / / |  |  | Sujeta a confirmación médica |
|  | Dto.  |  | Art. |  | Inc.  |  |  |
| Continuidad Suplente fecha hasta: / / |  | : |
|  * Observación- Alta por Carpeta Medica Prof. Vílchez Verónica.-
 |

|  |
| --- |
| **Casos en lo resulta obligatorio el informe de otro movimiento en la parte inferior siguiente.** |
| Si ha informado un Alta de un Suplente, debe informar la Licencia del Agente al que suple |
| Si ha informado un Alta de Titular o interino en una plaza Ocupada debe informar la Baja 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, debe informar la Baja de quien lo Suple (si lo hubiere) |



