



ZONA: CAPITAL

PLANILLA DE NOVEDADES DOCENTES

ND-01

Gobierno de la Provincia de La Rioja  
Ministerio de Educación

CUE:	460088200	Denominación de la Escuela:	COLEGIO PROVINCIAL N° 18
------	-----------	-----------------------------	--------------------------

Documento:	3 1 1 8 2 0 6 0	Agente:	CARRIZO KAREN GISELLE	Fecha:	03/06/25
------------	-----------------	---------	-----------------------	--------	----------

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

CUPOF 1:	E01- LENGUA Y LITERATURA - 05 HC- SUPLENTE - 2° B - TURNO TARDE
CUPOF 2:	<del> </del>
CUPOF 3:	<del> </del>
CUPOF 4:	<del> </del>
CUPOF 5:	<del> </del>

<b>Movimiento</b>	<b>A</b> <input type="checkbox"/> <b>ALTA</b> Inicio de Alta: <input type="text"/> Fin Alta: <input type="text"/> Sit.Rev.: <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> V	<b>B</b> <input type="checkbox"/> <b>BAJA</b> Fecha de Baja: <input type="text" value="27/05/25"/> Motivo: <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> TRF <input type="checkbox"/> D Nota de Renuncia: <input type="text"/>	Firma y Sello del Director:    Conformidad Agente:
	<b>L</b> <input type="checkbox"/> <b>INICIO DE LICENCIA</b> Fecha: <input type="text"/> Termino Prev. <input type="text"/> Código <input type="text"/> Art. <input type="text"/> Certificado Médico: <input type="text"/>	<b>F</b> <input type="checkbox"/> <b>FIN DE LICENCIA</b> Fecha: <input type="text"/> Código <input type="text"/> Art. <input type="text"/>	
	<b>C</b> <input type="checkbox"/> <b>CONTINUIDAD SUPLENTE</b> Fecha Fin <input type="text"/>		

Observaciones: PRESENTACIÓN DE DOCENTE CON ALTA MÉDICA

ADVERTENCIA: si por alguna razón, el TRÁMITE 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 liquidación.

Casos en los que resulta OBLIGATORIO al 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 hubiera)
- Si ha informado el Fin de licencia de un Agente. ANTES debe informar la baja de quien lo suple (si lo hubiera)

REFERENCIA ALTA (Situación de Revista): T= Titular. I=interino. S=Suplente común. V=Volante  
 BAJA (Motivo): R= Renuncia. C=Cierre. T=Termino. P=Presentación del Docente. M=Traspaso. TRF=Transferencia. D=Disponibilidad

MEDI FAM S.R.L.  
Avda Facundo Quiroga N°661 - La Rioja

LA RIOJA - CAPITAL

00175476

### CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA

Día	Mes	Año
26	05	2025

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

Apellido y Nombre del Empleado: **PORRAS, GABRIELA DEL VALL**

DNI: 22.090.588

Organismo / Establecimiento / Unidad / Etc: **COLEGIO PROVINCIAL N°02**

Ide/Cue: 0004600058

Otros Establecimientos: /4600154/4600221/4600882/4600191

Situación de Revista:

Titular  Interino  Familiar  Suplente

Diagnóstico: Ansiedad

Código N°081386

Certifica Alta

Médico Tratante: **QUINTEROS, JUAN**

Matrícula: 3.185

Justifica ALTA

Alta a partir del: 27/05/2025

Observaciones:

ALTA MEDICA A SUS TAREAS HABITUALES

Notificado:

Firma del Agente:

Aclaración:

DNI

22 090 588



*[Handwritten Signature]*  
Médico Tratante  
M.P. 3185