

DEPARTAMENTO: **SALUD**

INFORME REMUNERACIONES PERSONAL (CÓDIGO DEL TRABAJO)

MES: **FEBRERO**

AÑO: **2014**

NOMBRE COMPLETO FUNCIONARIO (A)	ESTUDIOS Y/O PROFESIÓN	FUNCIÓN O CARGO	GRADO ESCALA ASIMILADO	REGIÓN	FECHA INICIO CONTRATO	FECHA TÉRMINO CONTRATO	ASIGNACIONES ESPECIALES	RECIÓ ASIGNACIÓN ESPECIAL SI - NO	DENOMINACIÓN ASIGNACIÓN SI CORRESPONDE	UNIDAD MONETARIA REMUNERACIÓN	REMUNERACIÓN BRUTA MENSUALIZADA	VALOR TOTAL HORAS EXTRAS HABITUALES	NÚMERO TOTAL HORAS DIURNAS	VALOR TOTAL HORAS DIURNAS	NÚMERO TOTAL HORAS NOCTURNAS	VALOR TOTAL HORAS NOCTURNAS	REMUNERACIÓN LÍQUIDA	OBSERVACIONES
1 NO HAY CONTRATOS																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
27																		
28																		
29																		
30																		

DURANTE EL MES DE FEBRERO DEL AÑO 2014, ESTE DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL, NO REALIZÓ CONTRATACIONES POR EL CÓDIGO DEL TRABAJO