



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PUCÓN

Decreto N°

39  
Pucón, 04/02/2010

Dirección de Administración y Finanzas  
AREA SALUD

La Alcaldía ha decretado con esta fecha lo siguiente.

Vistos :

- 1.- El Presupuesto de Ingresos y Gastos aprobados para el presente año.
- 2.- Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695. Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades.
- 3.- Decreto Exento N° 1405 de fecha 17 de Agosto del año 2009, que delega la facultad de firmar "Por Orden de la Sra. Alcaldesa" al Sr. Administrador Municipal.

## DECRETO

La Dirección de Administración  
Y Finanzas, pagara a Don  
La cantidad de \$  
Por concepto de

: MACARENA SOLEDAD SAMUR CASTILLO Rut 0 [REDACTED]  
: 117,000 CIENTO DIECISIETE MIL PESOS  
: EXTENSION HORARIA PROGRAMA DENTAL ATENCION MAYORES DE 20  
AÑOS, ENERO 2010.

Fecha de Pago : 04/02/2010

DOCUMENTO	NUMERO	FECHA	MONTO \$
BOLETA HONORARIOS	23	02/02/2010	32,000
BOLETA HONORARIOS	24	02/02/2010	98,000

Anótese comuníquese y Archívese.

Contabilícese el presente gasto a las cuentas Presupuestarias que se indican.

CÓDIGO CUENTA	DETALLE	DEBE	HABER
215-21-03-001-002-000	Programas de Extensión Horaria Dental		32,000
215-21-03-001-003-000	Programa de Extensión Horaria de Adolescentes		98,000
531-03-00-000-000-000	Otras Remuneraciones	130,000	
215-21-03-001-002-000	Programas de Extensión Horaria Dental	32,000	
215-21-03-001-003-000	Programa de Extensión Horaria de Adolescentes	98,000	
111-02-00-000-000-000	Banco Estado		117,000
214-11-01-000-000-000	Retenciones Tributarias 10% a los Honorarios		13,000
Sumas Iguales		260,000	260,000

## REFRENDACION

Cuenta	215-21-03-001-002-000	215-21-03-001-003-000	
Presupuesto Vigente	23,952,000	5,520,000	
Total Comprobado	1,464,000	478,000	
Saldo x Comprometer	22,488,000	5,042,000	



ADMINISTRADOR MUNICIPAL



JEF. FINANZAS DEPTO. SALUD

PUCON  
centro del SUR de CHILE

CH: 6392

Avda. Bernardo O'Higgins 483 Pucón. Fono: (45) 293000 Fax: 293085 Email: pucón@munitel.cl

MACARENA SOLEDAD SAMUR CASTILLO

BOLETA DE HONORARIOS  
ELECTRONICA

Nº 23

RUT: [REDACTED]

GIRO(S): OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD,  
**TECNICO EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**  
[REDACTED] Villa/Pob. JARDINES DEL CLARO, PUCON

Fecha: 02 de Febrero de 2010

Señor(es): I MUNICIPALIDAD DE PUCON  
Domicilio: ANSORENA 662, PUCON

Rut: 69191600-6

Por atención profesional:

EXTENCION HORARIA MAYORES DE 20 ANOS	32.000
Total Honorarios \$:	32.000
10% Impo. Retenido:	3.200
Total:	28.800

Fecha / Hora Emisión: 02/02/2010 19:12



1644106600023DC8E1AB

Res. Ex. N°83 de 30/08/2004

Verifique este documento en [www.sii.cl](http://www.sii.cl)

El contribuyente para el cual está destinada esta boleta, es el encargado de retener el 10%.

01201002021908

[Emitir nueva boleta](#) [Emitir boleta con prellenado](#)

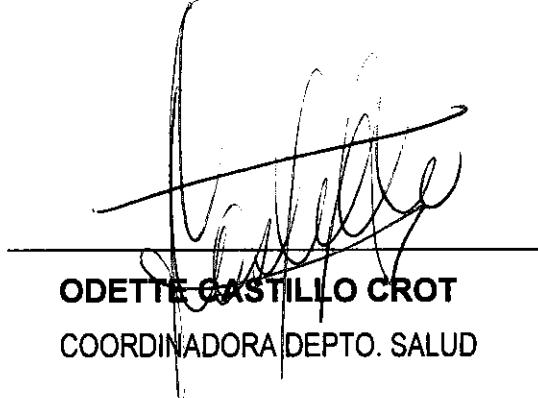
MUNICIPALIDAD DE PUCON	
DEPARTAMENTO DE SALUD	
Nº DE FERIADO	279
FECHA DE ENTRADA	04.02.10
FECHA DE SALIDA	05.02.10
DEPTO.	13:35
SALUD	

*[Handwritten signature over the stamp]*

MUNICIPALIDAD DE PUCON  
DEPARTAMENTO DE SALUD/

**CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO**  
**DE SERVICIOS CONTRATADOS**

En Pucón a 02 de febrero de 2010, Yo, **Odette Castillo Crot**, R.U.T. Nº [REDACTED], Coordinadora del Departamento de Salud de la Municipalidad de Pucón, Certifico que la Sra. **Macarena Samur Castillo**, Auxiliar TENS, cumplió satisfactoriamente con las actividades establecidas en el Contrato de Prestación de Servicios suscrito entre la Municipalidad y el profesional de fecha 04 de Enero de 2010, aprobado por decreto Nº 19 de fecha 21 de enero del presente, lo anterior para el pago de los de honorarios que correspondan según contrato.



ODETTE CASTILLO CROT

COORDINADORA DEPTO. SALUD

PUCON, enero de 2010.

DE: CIRUJANO DENTISTA DEPTO. SALUD  
Dr. Armin Troncoso Durán.

A : SUB DIRECTORA DEPTO. SALUD  
Sra.: Odette Castillo Crot

**INFORME DE ACTIVIDADES PROGRAMA EXTENSION HORARIA**  
***Mayores de 20 años***

**Mes: Enero 2010.**

**Odontólogo: Dr. Armin Troncoso Duran. : 7.5 hrs.**

**Asistente: Macarena Samur. : 8.5**

Nº de pacientes atendidos: 9

Profilaxis: 5

Destartraje: 5

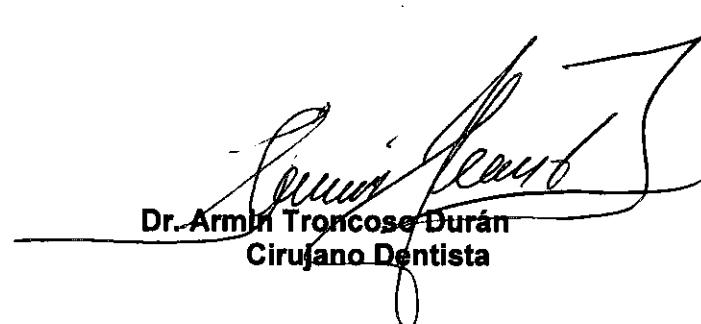
Obturaciones Definitivas: 6

Exodoncias: 1

Interconsultas: 0

Actividades de Urgencia: 2

**\*SE ADJUNTA BOLETAS DE HONORARIOS**

  
Dr. Armin Troncoso Durán  
Cirujano Dentista

MUNICIPALIDAD DE PUCON  
DEPARTAMENTO DE SALUD

DECRETO N° 19

PUCON,

VISTOS

1.- Las atribuciones que me confiere la Ley N° 18.695, "Orgánica Constitucional de Municipalidades", contenidas en el D.F.L. N° 1 del año 2006 Interior. Publicada en el diario Oficial de la Republica de Chile con Fecha 26 de Julio de 2006.

2.- El D.F.L. N° 1 de 1994, del Código del Trabajo y su posteriores Modificaciones.

3.- Circular N° 32.148 de fecha 02 de octubre de 1997 de Contraloría General de La Republica.

4.- Decreto Exento N° 2.329 de fecha 31 de Diciembre de 2009 que aprueba presupuesto de Salud para el año 2010.

5.- Los Contratos de Prestación de servicios a honorarios suscritos entre la Municipalidad de Pucón y las TENS María Mirta Gutiérrez Martínez , Fabiola Beatriz Figueroa Obreque, Macarena Soledad Samur Castillo, adjuntos.

CONSIDERANDO:

1.- La gran demanda por atención odontológica por parte de la comunidad adulta y adolescentes de la comuna de Pucón, que dio pie a la iniciativa de crear una campaña de mejoramiento de la Atención Primaria de la Salud Bucal, impulsada por la Municipalidad de Pucón y el Servicio de Salud Araucanía Sur, que pretende satisfacer esta urgente necesidad.

DECRETO:

1.- Apruébese, los Contratos de Prestación de Servicios a Honorarios de las auxiliares dentales que a continuación se indican; en los términos contenidos en los documentos adjuntos, los cuales pasan a formar parte integrante del presente Decreto

➤ <b>Maria Mirta Gutiérrez Martínez</b>	RUT. N°	[REDACTED]	TENS
➤ <b>Fabiola Beatriz Figueroa Obreque</b>	RUT. N° 1	[REDACTED]	TENS
➤ <b>Macarena Soledad Samur Castillo</b>	RUT. N°	[REDACTED]	TENS

2.- Impútese, los gastos al Item 21.03.001 "Honorarios de Suma Alzada de Personas Naturales", del presupuesto del Área de Salud Municipal.

Anótese, Comuníquese y Regístrese en la Contraloría Regional de la Araucanía.

MARIA VICTORIA ROMAN AVACA  
SECRETARIA MUNICIPAL (S)

EEMB/MVRA/MEM/RASM/PCR

Distribución :-

Contraloría Regional de la Araucanía (3)  
Oficina de Partes  
Departamento de Salud  
Interesado.

CONTROL

VB/DIECO

EDITA ESTHER MANSILLA BARRIA  
ALCALDESA

VB.ADMINISTRACION

**MUNICIPALIDAD DE PUCÓN  
DEPARTAMENTO DE SALUD /**

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS A HONORARIOS**

En Pucón, a 04 de Enero de 2010, entre la Municipalidad de Pucón, RUT Nº 69.191.600-6 representada por su Alcalde (SUB), Don. **Marcelo Concha Villagra**, RUT. Nº 13.115.683-9, ambos con domicilio legal en Avda. Bernardo O'Higgins 483, de la comuna de Pucón , en adelante "La Municipalidad" y Doña **Macarena Soledad Samur Castillo** de nacionalidad chilena, mayor de edad, cédula de identidad Nº 10.111.111-1, de profesión Técnico de Nivel Superior con domicilio en Los Cardenales # 43, jardines del Claro, de la ciudad de Pucón, que en adelante se llamará "La Profesional", se ha convenido lo siguiente:

**Primero** : "La Municipalidad", a través del Departamento de Salud como coordinador y ejecutor del "Programa de Mejoramiento de Atención de Salud Primaria año 2010" y en el marco de la Campaña de Mejoramiento de la Atención Primaria de la Salud Oral, impulsada por la Municipalidad de Pucón, contrata a "La Profesional", para prestar servicios como auxiliar dental en el "Programas Odontológicos de Extensión Horaria Dental".

**Segundo** : "La Profesional", se obliga a ejecutar las labores específicas, determinadas en el marco del Programa de Mejoramiento de Atención Primaria de Salud Oral año 2010.

**Tercero** : "La Profesional", se compromete a realizar estas actividades en extensión horaria; esto es los días miércoles desde las 17:34 en adelante, con un máximo de 15 hrs., mensuales distribuidas según necesidad, las que serán controladas por reloj control , para facilitar el cálculo de sus honorarios.

Se deja expresa constancia que cabe la posibilidad de hacer reemplazos en caso de ausencia de otra auxiliar de la extensión horaria dental impartida por este departamento, ya sea por licencias médicas u otras causas de fuerza mayor que impidan el normal desarrollo de esta actividad, no pudiendo exceder de 30 horas mensuales. Esta situación será determinara la Dirección del Departamento de Salud.

**Cuarto** : Por los servicios antes señalados "La Municipalidad" pagará a "la Profesional", la suma de \$ 4.000.-, (Cuatro mil pesos), impuestos incluidos, por cada hora de atención, previa presentación de la boleta de honorarios respectiva, la que deberá ser visada por la Dirección del Departamento de Salud Municipal.

Los montos antes señalados se pagarán mensualmente los cinco primeros días hábiles del mes siguiente de la respectiva boleta de Honorarios , debiendo la Municipalidad deducir los impuestos correspondientes.

**Quinto** : El profesional deberá emitir un informe mensual, que contenga el resumen de las atenciones realizadas, el que se adjuntará a la boleta de honorarios. Este informe deberá ser visado por la Dirección del Departamento de salud, quien velara por el fiel cumplimiento de los servicios contratados.

**Sexto** : El presente contrato no estará afecto a reajustes, imposiciones y asignaciones familiares, por tratarse de un contrato a honorarios.

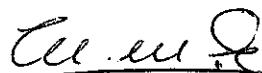
**Séptimo** : El presente contrato rige a contar del 01 de Enero al 31 de Diciembre del año 2010 y/o hasta que los servicios fueren necesarios.

**Octavo** : Sin perjuicio de lo establecido en la cláusula precedente, la Municipalidad se reserva el derecho de poner término al presente contrato en cualquier tiempo, aún sin expresión de causa y lo hará especialmente si **Macarena Soledad Samur Castillo** "" no cumpliera estrictamente con una o más de las obligaciones establecidas en el presente contrato. Para el ejercicio de esta facultad bastará que la Municipalidad envíe carta certificada al domicilio de " **Macarena Soledad Samur Castillo**" consignado en la comparecencia manifestando su voluntad de poner término al contrato. El ejercicio de esta facultad no implica pago de indemnizaciones de ninguna naturaleza.

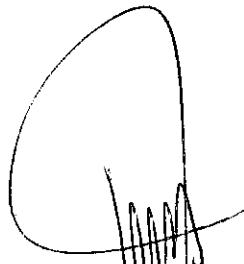
**Noveno** : Con todo el presente contrato, deberá sancionarse mediante Decreto, sin el cual no tendrá validez su vigencia, y para todos los efectos legales se considerará parte integrante del presente Contrato.

**Décimo** : Las partes fijan su domicilio especial en la comuna de Pucón y se someten a la jurisdicción de sus tribunales

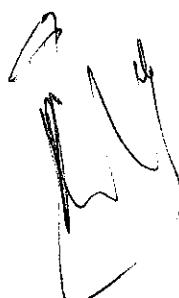
**Décimo Primero** : El presente contrato se firma en total conformidad por las partes en seis ejemplares de igual fecha y tenor, quedando una copia en poder de la persona contratada a honorarios y cinco en poder de la Municipalidad de Pucón.



MACARENA SOLEDAD SAMUR CASTILLO  
RUT N° [REDACTED]



MARCELO CONCHA VILLAGRA  
ALCALDE (SUB)



## MACARENA SOLEDAD SAMUR CASTILLO

BOLETA DE HONORARIOS  
ELECTRONICA

Nº 24

RUT: [REDACTED]

GIRO(S): OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD,  
**TECNICO EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

Villa/Pob. JARDINES DEL CLARO, PUCON

Fecha: 02 de Febrero de 2010

Señor(es): I MUNICIPALIDAD DE PUCON

Rut: 69191600-6

Domicilio: ANSORENA 662, PUCON

Por atención profesional:

EXTENCION HORARIA PROGRAMA ADOLESCENTE	98.000
Total Honorarios \$:	98.000
10% Impo. Retenido:	9.800
Total:	88.200

Fecha / Hora Emisión: 02/02/2010 19:18



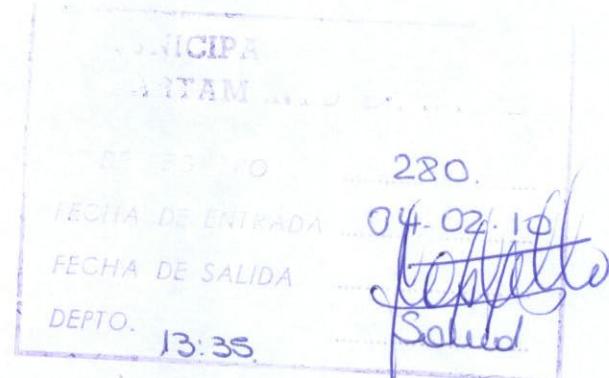
1644106600024505DA1A

Res. Ex. N°83 de 30/08/2004

Verifique este documento en [www.sii.cl](http://www.sii.cl)

El contribuyente para el cual está destinada esta boleta, es el encargado de retener el 10%.

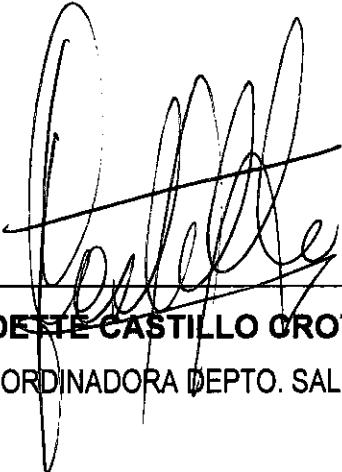
01201002021919

[Emitir nueva boleta](#)    [Emitir boleta con prellenado](#)

MUNICIPALIDAD DE PUCON  
DEPARTAMENTO DE SALUD/

**CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO**  
**DE SERVICIOS CONTRATADOS**

En Pucón a 02 de febrero de 2010, Yo, **Odette Castillo Crot**, R.U.T. Nº 8.198.842-0, Coordinadora del Departamento de Salud de la Municipalidad de Pucón, Certifico que la Sra. **Macarena Samur Castillo**, Auxiliar TENS, cumplió satisfactoriamente con las actividades establecidas en el Contrato de Prestación de Servicios suscrito entre la Municipalidad y el profesional de fecha 04 de Enero de 2010, aprobado por decreto Nº 18 de fecha 21 de enero del presente, lo anterior para el pago de los de honorarios que correspondan según contrato.



\_\_\_\_\_  
**ODETTE CASTILLO CROT**  
COORDINADORA DEPTO. SALUD

PUCÓN, 21 JUNIO 2010

VISTOS .-

1.- Las atribuciones que me confiere la ley N° 18.695, "Orgánica Constitucional de Municipalidades", contenidas en el D.F.L. N°1 del año 2006. Interior.

2.- El D.F.L. N° 1 de 1994, del Código del Trabajo y su posteriores Modificaciones.

3.- Decreto Exento N° 2.329 de fecha 31 de Diciembre de 2009 que aprueba presupuesto de Salud para el año 2010.

4.- Circular N° 32.148 de fecha 02 de octubre de 1997 de Contraloría General de La Republica.

5.- El Programa Adolescentes de Extensión Horaria, adjunto.

6.- Los Contratos de Prestación de Servicios a Honorarios suscritos entre la Municipalidad de Pucón y las profesionales Matronas, y TENS adjuntos

**CONSIDERANDO:**

1.- La gran demanda de atención en el Policlínico Maternal del Departamento de Salud Municipal, por parte de la comunidad adulta y adolescente de la comuna, que dio pie a la iniciativa de crear un espacio de atención exclusiva para adolescentes nuestra comuna; impulsada por la Municipalidad de Pucón y que pretende satisfacer esta urgente necesidad.

**DECRETO:**

1.- **Apruébese**, el Programa Adolescentes de Extensión Horaria que a continuación se indica en los términos contenidos en el documento adjunto, el cual pasan a formar parte integrante del presente Decreto.

2.- **Apruébese**, los Contratos de Prestación de Servicios a Honorarios de las Profesionales que a continuación se indican; en los términos contenidos en los documentos adjuntos, los cuales pasan a formar parte integrante del presente Decreto.

➤	Odette Jacqueline Castillo Crot	RUT. N°	[REDACTED]	Matrona
➤	Paz Cecilia Sanzana Toro	RUT. N°	[REDACTED]	Matrona
➤	Macarena Samur Castillo	RUT. N°	[REDACTED]	TENS

3.- **Impútese**, los gastos al ítem 21.03.001 "Honorarios de Suma Alzada de Personas Naturales", del presupuesto del Área de Salud Municipal.

**Anótese, Comuníquese y Regístrese en la Contraloría Regional de la Araucanía.**

MARIA VICTORIA ROMAN AVACA  
SECRETARIA MUNICIPAL (S)

EEMB/MVRA/MEM/RAM/PCR

Distribución :-

Contraloría Regional de la Araucanía (3)

Oficina de Partes

Departamento de Salud

Interesado.

EDITA ESTHER MANSILLA BARRIA  
CALDIA ALCALDESA

VB-DIDECO

VB ADMINISTRACION

**MUNICIPALIDAD DE PUCÓN  
DEPARTAMENTO DE SALUD /**

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS A HONORARIOS**

Pucón, a 04 de Enero de 2010, entre la Municipalidad de Pucón, RUT N° 69.191.600-6, representada por su Alcalde (SUB), Don **Marcelo Concha Villagra**, RUT. N° 13.115.683-9, ambos con domicilio legal en Avda. Bernardo O'Higgins 483, de la comuna de Pucón , en adelante "La Municipalidad" y Doña **Macarena Soledad Samur Castillo** de nacionalidad chilena, mayor de edad, cédula de identidad N° [REDACTED], de profesión Técnico Superior en Ginecología y Obstetricia con domicilio en [REDACTED], jardines del Claro, de la ciudad de Pucón, que en adelante se llamará "La Profesional", se ha convenido lo siguiente:

**Primero** : La Municipalidad de Pucón, a través del Departamento de salud como coordinador y ejecutor del "**Programa adolescentes**" cuyo objetivo es orientar a los adolescente en salud Sexual y reproducción entre las edades de 10 y 19 años y Programa de apoyo al Desarrollo Bio - Psicosocial "**Chile Crece Contigo**", cuyo objetivo es ofrecer a la población infantil un sistema integrado de intervenciones y servicio sociales que apoyen al niño(a) y su familia desde su gestación, contrata a "La Profesional", para prestar servicios como Técnico Superior en Ginecología y Obstetricia.

**Segundo** : "La Profesional", se compromete y obliga a realizar visitas domiciliarias semanales a pacientes Gestantes y Puérperas, en el marco del Programa de apoyo al Desarrollo Bio – Psicosocial de protección a la infancia en la atención primaria como a continuación se indica:

1. Confección y realización de fichas de atención de cada adolescente donde se registran sus datos y su controles sucesivos.
2. Citar a los pacientes agendados del programa
3. Confección y realización de los talleres establecidos en el programa de apoyo al Programa de apoyo al Desarrollo Bio - Psicosocial "Chile Crece Contigo" a embarazadas
4. Realizar visitas domiciliarias a beneficiarias del sistema de Chile Crece Contigo.
5. Apoyo a profesionales matronas en la preparación de talleres dirigidos a las embarazadas adolescentes

**Tercero** : "La Profesional", para el desarrollo de esta actividad no estará sujeta un horario definido, pero deberá registrar su asistencia para facilitar el cálculo de sus honorarios.

**Cuarto** : "La Municipalidad", por los servicios antes señalado pagará a "La Profesional", la suma total de \$4.900.- ( Cuatro mil Novecientos pesos), por cada hora realizada, con un tope de 5 horas semanales desde las 17:33 horas en adelante horario de atención exclusiva de este programa. Exceptuando los días miércoles y con tope mensual de 20 horas, contra presentación de boleta de honorarios debidamente refrendada por la Encargada del programa Adolescentes del Departamento de Salud Odette Castillo Crot .

Del valor antes señalado el "La Municipalidad" deberá deducir los impuestos correspondientes.

**Quinto** : "La Profesional", entregará un informe mensual detallado de las actividades realizadas; a si como también se debe identificar aquellos pacientes que requieran derivación a otros profesionales del Departamento de salud y/o especialidades médicas. La supervisión de esta actividad estará a cargo de la Sra. **Odette Castillo Crot** Matrona del Departamento de Salud, quien velará por el fiel cumplimiento de los servicios contratados y emitirá un informe que lo acredite.

**Sexto** : El presente contrato rige a contar del 01 de Enero al 31 de Diciembre del año 2010 y/o hasta que los servicios fueren necesarios.

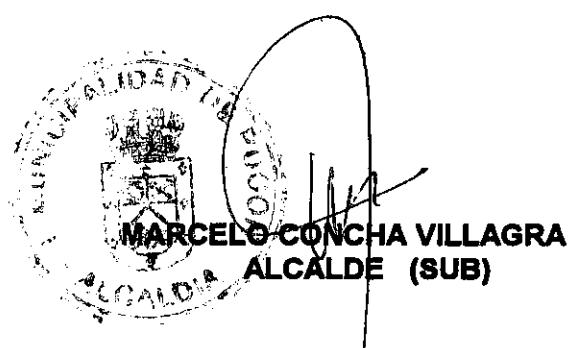
**Séptimo** : Sin perjuicio de lo establecido en la cláusula precedente, la Municipalidad se reserva el derecho de poner término al presente contrato en cualquier tiempo, aún sin expresión de causa y lo hará especialmente si "Macarena Soledad Samur Castillo" no cumpliera estrictamente con una o más de las obligaciones establecidas en el presente contrato. Para el ejercicio de esta facultad bastará que la Municipalidad envíe carta certificada al domicilio de "Macarena Soledad Samur Castillo" consignado en la comparecencia manifestando su voluntad de poner término al contrato. El ejercicio de esta facultad no implica pago de indemnizaciones de ninguna naturaleza.

**Octavo** : Con todo el presente contrato, deberá sancionarse mediante Decreto, sin el cual no tendrá validez su vigencia, y para todos los efectos legales se considerará parte integrante del presente contrato.

**Noveno** : Las partes fijan su domicilio especial en la comuna de Pucón y se someten a la jurisdicción de sus tribunales

**decimo** : El presente contrato se firma en total conformidad por las partes en seis ejemplares de igual fecha y tenor, quedando una copia en poder de la persona contratada a honorarios y cinco en poder de la Municipalidad de Pucón.

  
MACARENA S. SAMUR CASTILLO  
RUT. [REDACTED]



Pedro San Martín López  
Asesor Jurídico  
Pucón

## **INFORME TALLERES**

**MES: ENERO 2010**  
**HORAS REALIZADAS: 20**

**04 ENERO: TALLER “NUTRICION EN EL EMBARAZO”**

**ASISTEN:**

JENY CARINAO  
MARIA ELENA MUÑOZ  
JOSELYN CARRASCO Y ACOMPAÑANTE

**07 ENERO: TALLER: “TRABAJO DE PARTO Y PARTO”**

**ASISTEN:**

MARIA ANGELICA GUTIERREZ Y PAREJA

**14 ENERO: TALLER: “PUERPERAS Y RECIEN NACIDOS”**

**ASISTEN:**

MARGARITA NARVAEZ Y RN  
MARISOL MUÑOZ Y RN  
VICTORIA GUAJARDO Y RN

**18 ENERO: TALLER: “VISITA A LA MATERNIDAD”**

**ASISTEN:**

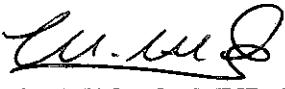
KARINA SANTANDER  
MARIA ANGELICA GUTIERREZ Y ACOMPAÑANTE  
CAMILA BRITO Y ACOMPAÑANTE

**21 ENERO: TALLER: “NUTRICION EN EL EMBARAZO”**

**ASISTEN:**

JOSELYN BASCOUR  
MACARENA URRA  
NICOLE IBÁÑEZ

CON FECHA 04 DE ENERO HASTA EL 29 DE ENERO REALIZA ASISTENCIA A  
MATRONAS EN EXTENSION HORARIA DE ATENCION ADOLESCENTE



MACARENA SAMUR C.

**LIBRO DE ASISTENCIA**  
Correspondiente al Mes de : Enero Año 2010

Código: 98  
Nombre: SAMUR CASTILLO MACARENA SOLEDA  
Departamento:  
Dirección: DEPTO SALUD PLAZO FIJO  
Sección:  
\* = Ingreso Manual

Nº Tarjeta:  
R.U.T:

30098

Día		Entrada	Sal.Col	Ent.Col	Salida	Entrada HExtra	SalidaH Extra	NºDias	Permito	Desde	Hasta	Atrasos	25 %	50 %
01	Vie													
02	Sab													
03	Dom													
04	Lun	17:31			20:00							02:44		
05	Mar	17:33			19:00							03:44		
06	Mie													
07	Jue	17:35	17:34		18:56							02:07	01:24	
08	Vie	17:42			18:29							02:41	00:57	
09	Sab													
10	Dom													
11	Lun	17:34			19:40							01:22	02:08	
12	Mar	17:33			19:08							01:53	01:36	
13	Mie													
14	Jue	17:33			19:26							01:35	01:54	
15	Vie	17:34			18:55							02:07	01:23	
16	Sab													
17	Dom													
18	Lun	17:33			20:01							01:00	02:29	
19	Mar													
20	Mie													
21	Jue	17:34			20:05							00:57	02:33	
22	Vie	17:34			20:04							00:58	02:32	
23	Sab													
24	Dom													
25	Lun	17:35			19:35							01:28	02:03	
26	Mar	17:34			19:16							01:46	01:44	
27	Mie													
28	Jue	17:34			18:26							02:36	00:54	
29	Vie	17:38			19:53							01:13	02:21	
30	Sab													
31	Dom													
Días Trabajados:		15										028:11	023:58	0

**TOTALES**

Asistencia	15	Inasistencia	5	Horas Atrasos	028:11	Horas Extras 25%	023:58	Horas Extras 50%	0
------------	----	--------------	---	---------------	--------	------------------	--------	------------------	---



20 Horas  
mm