

## INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Quien suscribe, **Director Cesfam Jaime González**, certifica que el Servidor Público que se indica a continuación, ha desempeñado satisfactoriamente sus actividades correspondientes al mes de **diciembre 2023**.

| NOMBRE Y CARGO                           | ACTIVIDAD   | VALOR HORA Y N° DE HORAS |
|--|---|--------------------------|
| <b>ALEX PINCHEIRA JOFRE<br/>MEDICO</b>   | <b>MEDICO DE TURNO<br/>SAR VILLA ALEGRE DIA DE<br/>SEMANA</b> | \$17.500 X 28<br>HRS     |
|  | <b>MEDICO TURNO SAR VILLA<br/>ALEGRE FDS Y FESTIVOS</b>       | \$20.500 X 24<br>HRS     |
| <b>TOTAL HORAS REALIZADAS</b>            |   | <b>52 HORAS</b>          |
| <b>BENEFICIOS U/O DESCUENTOS APLICAR</b> |   |                          |
| <b>MONTO TOTAL BRUTO</b>                 |   | <b>\$982000</b>          |

Lo anterior en virtud de dar curso al pago de sus honorarios por concepto de contrato de prestación de servicios por el mes de diciembre **2023**.

Villa Alegre, diciembre del 2023.-


  
**DIRECCIÓN  
CESFAM**  
 "Jorge del Campo Amaro"  
 DEPTO. DE SALUD  
 Firma y Timbre  
 (Director Cesfam  
 (Quien Suscribe)

  
 Firma y Timbre  
 Analista Recursos Externos  
 Convenios

C: C. Jefe de Recursos Humanos  
Jefe de Contabilidad