

INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

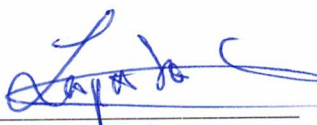
Quien suscribe **DON JAIME GONZALEZ, Director CESFAM Villa Alegre**, certifica que el Servidor Público que se indica a continuación, ha desempeñado satisfactoriamente sus actividades correspondientes al mes de **NOVIEMBRE 2023**.

NOMBRE Y CARGO	ACTIVIDAD	VALOR HORA Y N° DE HORAS
- CARLOS CALDERON DELGADO	- MEDICO CIRUJANO	LUNES A VIERNES \$17.500 X 7 HORAS SABADO DOMINGO \$20.500 X 24 HORAS
TOTAL HORAS REALIZADAS		31 HORAS
BENEFICIOS U/O DESCUENTOS APLICAR		\$0
MONTO TOTAL BRUTO		\$614.500

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

Villa Alegre, Diciembre del 2023.


Firma y Timbre
(Director CESFAM)


Firma y Timbre
Analista Recursos Externos
Convenios

C: C. Jefe de Recursos Humanos
Jefe de Contabilidad
Archivo