

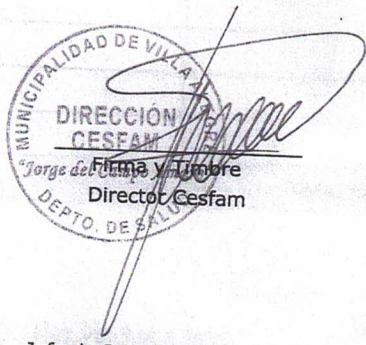
INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Quien suscribe **EU DON JAIME GONZÁLEZ, Director Cesfam S.A.R Villa Alegre** certifica que el Servidor Público que se indica a continuación, ha desempeñado satisfactoriamente sus actividades correspondientes al mes de **ENERO de 2024.**

NOMBRE Y CARGO	ACTIVIDAD	VALOR HORA Y N° DE HORAS
ALEX PINCHEIRA JOFRE MEDICO TURNO SAR VILLA ALEGRE	Médico turno días de semana	
	Médico turno días de fin de semana y feriados	
TOTAL HORAS REALIZADAS		
BENEFICIOS U/O DESCUENTOS APLICAR		
MONTO TOTAL BRUTO		

Lo anterior en virtud de dar curso al pago de sus honorarios por concepto de prestación de servicios por el mes de **ENERO 2024.**

Villa Alegre, ENERO del 2024.-


 MUNICIPALIDAD DE VILLA ALEGRE
 DIRECCIÓN CESFAM
 Firma y Timbre
 Jorge del Valle
 Director Cesfam
 DEPTO. DE SALUD

Firma y Timbre
 Analista Recursos Externos
 Convenios

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