



INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Quien suscribe **Carla Fell**, Subrogante Encargada de Sector, certifica que el Servidor Público que se indica a continuación, ha desempeñado satisfactoriamente sus actividades correspondientes al mes de **Enero 2024**.

NOMBRE Y CARGO		ACTIVIDAD	MONTO MENSUAL
Cleynix Rosali Revilla Calles Médico Cirujano		Atención y Evaluación a usuarios morbilidad y programas en CESFAM.	
DIAS TRABAJADOS	29	MONTO BRUTO	

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

Villa Alegre, Enero 2024.



VºBº Profesional a Cargo

Director Comunal (R)

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

