



INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Quien suscribe **EU. JAIME GONZALEZ PEREZ, Director CESFAM Villa Alegre**, certifica que el Servidor Público que se indica a continuación, ha desempeñado satisfactoriamente sus actividades de **ENERO 2024**.

NOMBRE Y CARGO	ACTIVIDAD	VALOR HORA Y N° DE HORAS
BARBARA ARELLANO ARAYA MEDICO CIRUJANO	MEDICO CIRUJANO SAR FINES DE SEMANA	
TOTAL, HORAS REALIZADAS		
MONTO TOTAL BRUTO		

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

Villa Alegre, Febrero del 2024.-

 Firma y timbre
 Director CESFAM

 Firma y Timbre
 Analista de Recursos Externos
 convenios

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

