



INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Quien suscribe **DON JAIME GONZÁLEZ PÉREZ**, Director CESFAM certifica que el Servidor Público que se indica a continuación, ha desempeñado satisfactoriamente sus actividades correspondientes al mes de **FEBRERO** de 2024.

NOMBRE Y CARGO	ACTIVIDAD	MONTO MENSUAL
Katherinne Contreras Fariña Enfermera	Enfermera SAR Villa Alegre	
DÍAS TRABAJADOS		
BENEFICIOS U/O DESCUENTOS APLICAR		
MONTO TOTAL 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 **FEBRERO** de 2024.

Villa Alegre, **FEBRERO** de 2024.-

 FIRMA TIBRE
 DIRECTOR CESFAM VILLA ALEGRE

 FIRMA TIBRE
 ENCARGADA DE CONVENIO

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

