



INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Quien suscribe **JAIME GONZALEZ PEREZ, DIRECTOR CESFAM** Villa alegre, certifica que el Servidor Público que se indica a continuación, ha desempeñado satisfactoriamente sus actividades correspondientes al mes **ENERO de 2024**

| NOMBRE Y CARGO | | ACTIVIDAD | VALOR HORA Y N° DE HORAS |
|---------------------------------------|-----------|---|--------------------------|
| MARIA PAZ VALENZUELA ORTEGA MEDICO | | MEDICO CIRUJANO DIAS DE SEMANA | |
| | | MEDICO CIRUJANO FINES DE SEMANA Y FERIADO | |
| | | BENEFICIOS U/O DESCUENTOS APLICAR | |
| HORAS REALIZADAS | 15 | 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 **ENERO 2024**

Villa Alegre, FEBRERO de 2024.

Firma y Timbre
Director Cefsam

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

