



## INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Quien suscribe **ANTONIETA MORALES HERRERA, DIRECTORA COMUNAL** 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
VICTOR GONZALEZ GALLEGUILLOS		MEDICO	CIRUJANO	DIAS	DE	
		SEMANA				
		MEDICO	CIRUJANO	FINES	DE	
		SEMANA Y FERIADO				
		<b>BENEFICIOS U/O DESCUENTOS APLICAR</b>				
<b>HORAS REALIZADAS</b>	<b>108</b>	<b>MONTO BRUTO</b>				

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 Timbres  
 Directora Comunal

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

