

INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Quien suscribe, **Elia Denisse Jadue Lara, Enfermera Coordinadora S. A. R. Villa Alegre, V. alegre**, certifica que el Servidor Público que se indica a continuación, ha desempeñado satisfactoriamente sus actividades correspondientes al mes de **mayo de 2024**.


NOMBRE Y CARGO	ACTIVIDAD
- Francisca Constanza González Muñoz, Psicóloga,	Psicóloga , de acuerdo a las prestaciones e indicaciones que señala el Convenio Programa de Salud Mental en APS, en su componente N° 2... - Acciones de 1ra. Respuesta e intervenciones individuales en Servicio de Urgencias APS. (20 horas semanales)

COPIA DE VILLA ALEGRE

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

Villa Alegre, mayo de 2024.


Firma y Timbre
Vº Bº Profesional a cargo


Firma y Timbre
Analista Recursos Externos
CONVENIOS

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