

## INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Quien suscribe **EU Elia Jadue Lara, Coordinadora SAR Villa Alegre**, certifica que el Servidor Público que se indica a continuación, ha desempeñado satisfactoriamente sus actividades correspondientes al mes de **ABRIL 2024**.

NOMBRE Y CARGO	ACTIVIDAD
Alex Pincheira Jofre MEDICO CIRUJANO	MEDICO DE TURNO SAR DIAS DE SEMANAS
	MEDICO DE TURNO SAR FINES DE SEMANA Y FERIADO
TOTAL HORAS REALIZADAS	
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 **ABRIL 2024**.

Villa Alegre, **MAYO** del 2024.-

  
Firma y Timbre  
(Coordinadora SAR)  
(Quien Suscribe)

  
Firma y Timbre  
Analista Recursos Externos  
Convenios

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