

INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Quien suscribe, **Anyela Antonieta Morales Herrera, Directora Comunal de Salud, V. alegre**, certifica que el Servidor Público que se indica a continuación, ha desempeñado satisfactoriamente sus actividades correspondientes al mes de **marzo, abril y mayo de 2024.**

NOMBRE Y CARGO	ACTIVIDAD
- Allison Camila Sánchez Carrasco, Administrativa.	Administrativa de turno para Convenio "Servicio de Atención Primaria de urgencias de alta resolución S. A. R."

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

Villa Alegre, junio de 2024.-

Ella Jadue Lara
17.147.527-9
Enfermera

V° B° - Firma - Timbre
PROFESIONAL A CARGO

MUNICIPALIDAD DE VILLA ALEGRE
DIRECCIÓN DE SALUD
Firma - Timbre
DIRECCIÓN COMUNAL DE SALUD
VILLA ALEGRE

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