





## 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 **junio de 2024**.

NOMBRE Y CARGO		ACTIVIDAD
- <b>Gerardo Fares Mendoza Valernzuela</b> , Médico Cirujano.		- <b>Médico Cirujano, en EXTENSIÓN HORARIA</b>
		- <b>DESCUENTO A APLICAR...</b>
<b>TOTAL HRS. REALIZADAS</b>	<b>30</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 **junio de 2024**.

Villa Alegre, junio de 2024.

  
 Firma y Timbre  
 DIRECCIÓN COMUNAL DE SALUD  


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

