



## 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>Katherinne Andrea Contreras Fariña,</b><br>Enfermera. |           | > <b>Enfermera de turno</b> para Convenio "Servicio de Atención Primaria de urgencias de alta resolución S. A. R." |
|  |           | <b>DESCUENTO POR ATRASOS</b>   |
|  |           | <b>ABONO COMPIN</b>  |
|  |           | <b>ABONO BENEFICIO</b>   |
| <b>TOTAL DÍAS TRABAJADOS</b>                               | <b>LM</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 de **junio de 2024**.

**Villa Alegre, junio de 2024.-**

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

MUNICIPALIDAD VILLA ALEGRE  
DEPTO. DE SALUD

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

