

**IDENTIFICACION DEL PRESTADOR DE SERVICIOS**

**INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

Quien suscribe, **Paulina Zapata Cifuentes**, encargada gestión recursos externos de **Villa Alegre**, certifica que el Servidor Público que se indica a continuación, ha desempeñado satisfactoriamente sus actividades correspondientes al mes de **agosto de 2024**.

NOMBRE Y CARGO		ACTIVIDAD	
-	<b>Daniela José García Moya</b> , Técnico en Enfermería de nivel superior.	→	<b>T. E. N. S.</b> , de acuerdo a las prestaciones e indicaciones que señala el CONVENIO "Programa de Continuidad de Cuidados Preventivos y Tratamientos en APS, COMPONENTE N° 2 Salud Cardiovascular" 2024; en <b>EXTENSIÓN HORARIA</b> (3 horas semanales).
		-	<b>DESCUENTO A APLICAR...</b>
TOTAL HRS X MES	<b>9</b>	TOTAL DÍAS TRABAJADOS	<b>-</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 agosto de 2024**.

Villa Alegre, agosto de 2024.



Firma y Timbre  
 Analista Recursos Externos  
 CONVENIOS

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



AVDA. FRANCISCO ANTONIO ENCINA N° 141  
 Fon: 732-381422/732-381533/732-382163  
 Correo Electrónico: mhhsalud.valegre@hotmail.com