

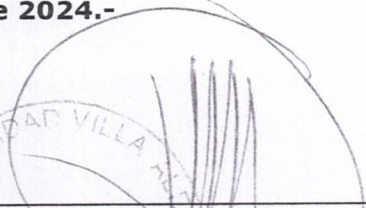
## INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Quien suscribe, **Antonieta Morales Herrera, Directora Comunal de Salud, Villaalegre**, certifica que el Servidor Público que se indica a continuación, ha desempeñado satisfactoriamente sus actividades correspondientes al mes de **septiembre de 2024**.

NOMBRE Y CARGO		ACTIVIDAD
-	<b>Katherinne Andrea Contreràs Fariña,</b> 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>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 **septiembre de 2024**.

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

  
 Firma - Timbre  
**DIRECCIÓN DESAM**  
**VILLA ALEGRE**

MUNICIPALIDAD VILLA ALEGRE  
 DEPTO. DE SALUD