

INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Quien suscribe, **Catalina Isabel Manríquez Larenas, Química Farmacéutica, Encargada Farmacia de CESFAM Jorge Del Campo Amaro de Villa Alegre, V. alegre**, certifica que el Servidor Público que se indica a continuación, ha desempeñado satisfactoriamente sus actividades correspondientes al mes de **agosto, septiembre y octubre de 2024.**

| NOMBRE Y CARGO | | | | ACTIVIDAD |
|---|--|------------|------------|--|
| - Damaris Paola Carreño Meza, Técnico en Enfermería de Nivel Superior. | | | | - T. E. N. S. de apoyo, para Farmacia de CESFAM JDCA, (LUN - JUE, de 17 a 20 hrs; VIE, de 16 a 20 hrs. y SAB, de 8 a 13 hrs.), en EXTENSIÓN HORARIA |
| TOTAL HRS. REALIZADAS | | AGO | SEP | OCT |
| | | 42 | 34 | 49 |
| MONTO BRUTO | | | | |

Lo anterior en virtud de dar curso al pago de sus honorarios por concepto de contrato de prestación de servicios por el mes **agosto, septiembre y octubre de 2024.**