



INFORME DE CERTIFICACION DE PRESTACION DE SERVICIOS

Quien suscribe **Katherinne Contreras Fariña, Enfermera coordinadora S.A.R** de **Villa Alegre**, certifica que el Servidor Público que se indica a continuación, ha desempeñado satisfactoriamente sus actividades correspondientes al mes **Febrero de 2025**

NOMBRE Y CARGO		ACTIVIDAD	Mes- valor hora-hrs realizadas monto x hrs realizadas
CAMILO ARTURO HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ MÉDICO CIRUJANO		TURNOS DÍA DE SEMANA	
		TURNOS FIN DE SEMANA	
		Descuentos y o beneficios aplicar	
HORAS TRABAJADAS	52	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 **FEBRERO 2025**

Villa Alegre, **FEBRERO** de 2025.

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



AVDA. FRANCISCO ANTONIO ENCINA N° 141
Fono: 732-381422/732-381555/732-382167
Correo Electrónico: rch@dad.villalegrechil.cl