



INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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

NOMBRE Y CARGO		ACTIVIDAD	VALOR MENSUAL
• Patricia Andrea Farías Maureira, Cirujano.	Médico	• Médico de turno para S. A. R. Villa Alegre (LUN - VIE).	
		• Médico de turno para S. A. R. Villa Alegre (SAB - DOM - FESTIVOS).	
		Descuentos y o beneficios aplicar	\$0
HORAS TRABAJADAS		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
Fon: 732-381422/732-381533/732-382163
Correo Electrónico: rhhisalud.valegre@hotmail.com