

INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Quien suscribe **Katherine 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 **ENERO de 2025**

NOMBRE Y CARGO		ACTIVIDAD	VALOR MENSUAL
<ul style="list-style-type: none"> Patricia Andrea Farías Maureira, Cirujano. 		<ul style="list-style-type: none"> Médico de turno para S. A. R. Villa Alegre (LUN - VIE). 	ENERO
		<ul style="list-style-type: none"> Médico de turno para S. A. R. Villa Alegre (SAB - DOM - FESTIVOS). 	ENERO
		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 **ENERO 2025**

Villa Alegre, **FEBRERO** de 2025.