

**SERVICIO SALUD MAULE**

**HOSPITAL DE LINARES**

**XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

**XXXXXXXXXXXXXXXXXX**

SR. NPP/XXX/XXX/xxx

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE FUNCIONES

## El que subscribe Sr.(a) XXXXXXXXXXXXXXXX, Jefe XXXXXXXXXXXXXXXX del Hospital de Linares, Certifica que el Sr.(a) XXXXXXXXXXXXXXXX, R.U.N XX.XXX.XXX-X Profesional, ha cumplido las funciones contempladas dentro de sus términos de referencia y contrato suscrito, conforme a lo solicitado, durante el mes de XXXXXXXX del 201X.

 **XXXXXXXXXXXXXXXXXX**

 **JEFE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

 **HOSPITAL DE LINARES**

**Fecha, XX de XXXXXX de 201X**