



INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Quien suscribe **PAULINA ZAPATA CIFUENTES, COORDINADORA CECOSF, Villa alegre**, certifica que el Servidor Público que se indica a continuación, ha desempeñado satisfactoriamente sus actividades correspondientes al mes de **JULIO Y SEPTIEMBRE de 2024**

NOMBRE Y CARGO		ACTIVIDAD
JORGE LOBOS	PAREJA	ENFERMERO EN EXTENSION HORARIA
ENFERMERO CECOSF		
		Descuentos y o beneficios aplicar (ejemplo)
HORAS TRABAJADAS	9	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 **JULIO y SEPTIEMBRE 2024**

Villa Alegre, noviembre de 2024.

Firma y Tjmbre
Profesional a Cargo

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

