



INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Quien suscribe **Jaime González Pérez, Director CESFAM Villa Alegre**, certifica que el Servidor Público que se indica a continuación, ha desempeñado satisfactoriamente sus actividades correspondientes al mes **NOVIEMBRE de 2025**

NOMBRE Y CARGO		ACTIVIDAD	Mes- valor hora-hrs realizadas monto x hrs realizadas
ALLISON CAMILA SÁNCHEZ CARRASCO ADMINISTRATIVA		ADMINISTRATIVA EN SAR DE VILLA ALEGRE (actualmente con licencia médica)	NOVIEMBRE
		Descuentos y o beneficios aplicar	
DÍAS TRABAJADAS	30	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 **NOVIEMBRE 2025**

Villa Alegre, NOVIEMBRE de 2025.

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



JAYDA FRANCISCO ANTONIO ENCINA N° 141
Fijo: 772-381422/732-741533/742-382163
Correo Electrónico: mhbsalud.villa@hmsal.com