



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 **OCTUBRE 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)	OCTUBRE
		Descuentos y o beneficios aplicar	Beneficio
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 **OCTUBRE 2025**

Villa Alegre, OCTUBRE de 2025.

Katherine Contreras Parodi
Enfermera

[Firma manuscrita]
Firma y Timbre
Enfermera Coordinadora
Sar Villa Alegre



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



AVDA. FRANCISCO ANTONIO ENCINA N° 181
Fono: 724381420-724381423-724381424
Correo Electrónico: rrb@vta.villaalegre.cl