



INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Quien suscribe **Ana María Hernández Quiero, Enfermera encargada Coordinación Postas Rurales**, certifica que el Servidor Público que se indica a continuación, ha desempeñado satisfactoriamente sus actividades correspondientes al mes de **OCTUBRE de 2025**.

| NOMBRE Y CARGO | | ACTIVIDAD | VALOR MENSUAL |
|----------------------------------|-----------|---|----------------------|
| - KATHERINE VALDES FALCON (TENS) | | ACTIVIDAD DEL PRESTADOR - ATENCION DE SALUD POSTA ESTACION, EXTENSION HORARIA. LUNES A SABADO | |
| | | Descuentos y o beneficios aplicar : | |
| HORAS TRABAJADAS | 28 | 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 de **Octubre de 2025**.

Villa Alegre, Octubre de 2025.-

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