



## **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**.

<b>NOMBRE Y CARGO</b>		<b>ACTIVIDAD</b>	<b>VALOR MENSUAL</b>
- MARIA JOSE YEVENES CISTERNA (TENS)		<b>ACTIVIDAD DEL PRESTADOR</b> - ATENCION DE SALUD POSTA ESTACION, EXTENSION HORARIA. LUNES A SABADO	
		<b>Descuentos y o beneficios aplicar :</b>	
<b>HORAS TRABAJADAS</b>	<b>36</b>	<b>MONTO BRUTO</b>	

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.-

Jorge del Campo  
Jaimé González P.  
**Director Cesfam**

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