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 **SEPTIEMBRE 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)**	
		Descuentos y o beneficios aplicar	**Beneficio** **Descuento Compin**
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 SEPTIEMBRE **2025**

Villa Alegre, SEPTIEMBRE de 2025.