

INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Quien suscribe, **Víctor Medel Vergara, Director Comunal de Salud de Villa Alegre, V. alegre**, certifica que el Servidor Público que se indica a continuación, ha desempeñado satisfactoriamente sus actividades correspondientes al mes de **SEPTIEMBRE de 2025**.

| NOMBRE Y CARGO | | ACTIVIDAD | VALOR MENSUAL |
|--|-----------|--|----------------------|
| - Geraldinne Nicol Estefani Santana Pareja, Administrativa. | | - Administrativa, de apoyo , para tareas como recopilar, verificar y registrar información contable, entre otras, facturas, recibos, documentación bancaria; principalmente revisar y cotejar facturas, realizar y dar seguimiento a cobros y pagos, registrar cobros y pagos, registro de información contable, presupuestaria y complementaria. | |
| | | - Descuento (4 día 13 hora por total de atrasos, agosto de 2025). | |
| DIAS TRABAJADOS | 25 | 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 de 2025**.

Villa Alegre, SEPTIEMBRE de 2025.

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