



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 **SEPTIEMBRE 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	Septiembre
		Descuentos y o beneficios aplicar :	
HORAS TRABAJADAS	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 de **Septiembre de 2025**.

Villa Alegre, Septiembre de 2025.-

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