

INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Quien suscribe **Jaime González Pérez, Director CESFAM**, certifica que el Servidor Público que se indica a continuación, ha desempeñado satisfactoriamente sus actividades correspondientes al mes de agosto 2025.

NOMBRE Y CARGO	ACTIVIDAD	MES Y MONTO MENSUAL
KARIN VASQUEZ PEREZ AUXILIAR DE SERVICIO	AUXILIAR DE SERVICIO PARA LIMPIEZA Y ASEO CONTAINER, PREPARACION DE FICHAS, CASINO, BAÑOS Y PASILLO, EX CLINICA DE CURACIONES, SALA RBC	AGOSTO
TOTAL DIAS TRABAJADOS		
BENEFICIOS U/O DESCUENTOS APLICAR		
MONTO TOTAL 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 **agosto 2025**.

Firma y Timbre
DIRECTOR CESFAM
VILLA ALEGRE

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