



INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Quien suscribe **JAVIER ESPINOZA URIBE, REFERENTE CONVENIO CAMPAÑA INVIERNO, Villa alegre**, 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	VALOR HORA
SOFÍA ARAVENA	MOYA	KINESIOLOGO/A EN PROGRAMA CONVENIO CAMPAÑA INVIERNO 2025.	AGOSTO
		Descuentos y o beneficios aplicar (ejemplo)	
HORAS TRABAJADAS	27	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 **AGOSTO 2025**.

C. C. Jefe de Recursos Humanos



AVDA. FRANCISCO ANTONIO ENCINA N° 141
Fon: 732-381422/732-381533/732-382163
Correo Electrónico: mhosalud.valegre@hotmail.com