

## INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Quien suscribe **JAIME GONZALEZ PEREZ, DIRECTOR CESFAM, Villa alegre**, certifica que el Servidor Público que se indica a continuación, ha desempeñado satisfactoriamente sus actividades correspondientes al mes de **JULIO DE 2025**.

NOMBRE Y CARGO		ACTIVIDAD	MES/ HORA	VALOR
ELINOR SANCHEZ SOTO  MEDICO CIRUJANO		MEDICO CIRUJANO PARA CESFAM "JORGE DEL CAMPO AMARO" EN EXTENSION HORARIA.	<b>JULIO</b>  <b><u>LUNES A VIERNES</u></b> <b>66 HORAS</b>  <b><u>SÁBADOS</u></b> <b>15 HORAS</b>  TOTAL \$	
		Descuentos y o beneficios aplicar (ejemplo)		\$NO APLICA
<b>HORAS TRABAJADAS</b>	<b>81</b>	<b>MONTO BRUTO</b>		<b>\$</b>

Lo anterior en virtud de dar curso al pago de sus honorarios por concepto de contrato de prestación de servicios por el mes **JULIO DE 2025**.

Villa Alegre, julio de 2025.

  
  
 Firma y Imbre  
 Director Cefsam

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