

INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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

NOMBRE Y CARGO		ACTIVIDAD	VALOR MENSUAL
Geraldinne Nicol Estefani Santana Pareja		Administrativa de apoyo en unidad de Contabilidad.	
		Descuentos y o beneficios aplicar	
DIAS TRABAJADOS		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 **MAYO de 2025.**

Villa Alegre, MAYO de 2025.


 Firma y rubrica
 Director Comunal

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