

**INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

Quien suscribe, **Víctor Medel Vergara, Director Comunal de Salud de Villa Alegre, V. 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	MES MONTO MENSUAL
- <b>Sandra Paola Núñez Castro</b> , Auxiliar de Servicio.	> <b>Auxiliar de Servicio, de apoyo</b> , para DESAM Villa Alegre (22 horas semanales).	
	> <b>DESCUENTOS</b> (inasistencia 2 días, 2 y 12 mayo de 2025).	
<b>TOTAL DÍAS TRABAJADOS</b>	<b>MONTO BRUTO</b>	

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

**Villa Alegre, mayo de 2025.-**



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