

**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 **Abril de 2025**.

| NOMBRE Y CARGO                              |    | ACTIVIDAD  | VALOR MENSUAL |
|---|----|--|---------------|
| Geraldinne Nicol<br>Estefani Santana Pareja |    | Administrativa de apoyo en unidad de Contabilidad. |               |
|   |    | Descuentos y o beneficios aplicar                  | No aplica     |
| DIAS TRABAJADOS                             | 30 | 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 **Abril de 2025**.

Villa Alegre, Abril de 2025.

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