

## 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
PHIA VALENTINA ESPINOZA SUAREZ		Administrativa de apoyo en unidad de RR.HH	<b>ABRIL</b>
		Descuentos y o beneficios aplicar	No aplica
<b>DIAS TRABAJADOS</b>	0	<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 **abril de 2025**.

Villa Alegre, mayo de 2025.

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