

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 **Marzo de 2025**

NOMBRE Y CARGO		ACTIVIDAD	Mes- valor hora-hrs realizadas monto x hrs realizadas
Sonya Contreras González Tens		SAR DE VILLA ALEGRE	
		Descuentos y o beneficios aplicar	
HORAS TRABAJADAS	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 Marzo **2025**

Villa Alegre, Abril de 2025