

## **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 **marzo de 2025**.

<b>NOMBRE Y CARGO</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MES MONTO MENSUAL</b>
- <b>Sandra Paola Núñez Castro</b> , Auxiliar de Servicio.	> <b>Auxiliar de Servicio, de apoyo,</b> para DESAM Villa Alegre ;	
	>	
<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 **marzo de 2025**.

