

## INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Quien suscribe, **KATHERINE CONTRERAS FARIÑA, Enfermera Coordinadora S. A. R. Villa Alegre, V. alegre**, certifica que el Servidor Público que se indica a continuación, ha desempeñado satisfactoriamente sus actividades correspondientes al mes de **NOVIEMBRE - DICIEMBRE de 2025**.

NOMBRE Y CARGO	ACTIVIDAD	MES - VALOR HORA HRS REALIZADAS MONTO X HRS REALIZADAS
- <b>Francisca Rodríguez Villalobos, Tens.</b>	- Tens para S. A. R. Villa Alegre.	
	-	
	- <b>DESCUENTO A APLICAR...</b>	<b>-\$ 0</b>
<b>TOTAL HRS. REALIZADAS</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 **NOVIEMBRE - DICIEMBRE de 2025**.

Villa Alegre, **DICIEMBRE** de 2025.

Firma y Timbre  
V° B° Profesional a cargo

Firma y Timbre  
Analista Recursos Externos  
CONVENIOS

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

