

INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Quien suscribe **EU ELIA JADUE LARA, COORDINADORA SAR Villa Alegre**, certifica que el Servidor Público que se indica a continuación, ha desempeñado satisfactoriamente sus actividades correspondientes al mes de **MARZO 2024**.

NOMBRE Y CARGO	ACTIVIDAD	VALOR HORA Y N° DE HORAS
NOMAN KHAN- Médico	MEDICO CIRUJANO DIAS DE SEMANAS	
	MEDICO CIRUJANO FINES DE SEMANA Y FERIADO	
TOTAL HORAS REALIZADAS		
BENEFICIOS U/O DESCUENTOS APLICAR		
MONTO TOTAL BRUTO		

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 2024**.

Villa Alegre, **MARZO, 2024**.


Firma y Timbre
(COORDINADORA SAR VILLA ALEGRE)


Firma y Timbre
Analista Recursos Externos
Convenios

C: C. Jefe de Recursos Humanos
Jefe de Contabilidad