

INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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

NOMBRE Y CARGO	ACTIVIDAD	VALOR HORA Y N° DE HORAS	
-CARLOS ALBERTO BRAVO GONZALEZ	BONIFICACION POR FUNCIONES DE RX		\$ 50.000
BENEFICIOS U/O DESCUENTOS APLICAR		\$ 50.000	
MONTO TOTAL BRUTO		\$ 50.000	

Lo anterior en virtud de dar curso al pago de sus honorarios por concepto de contrato de prestación de servicios por el mes de **ABRIL 2024**.

Villa Alegre, ABRIL del 2024.-


 Firma y Timbre
ELIA JADUE LARA ENF
 COORDINADORA SAR VILLA ALEGRE


 Firma y Timbre
 Analista Recursos Externos
 Convenios

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