



## INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Quien suscribe, **Elia Denisse Jadue Lara, 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 **abril de 2024**.

NOMBRE Y CARGO		ACTIVIDAD
- <b>Roberto Ignacio Arévalo Navarro,</b> Médico Cirujano.		- Médico de turno para S. A. R. Villa Alegre (LUN - VIE).
		- Médico de turno para S. A. R. Villa Alegre (SAB - DOM - FESTIVOS).
		- <b>DESCUENTO A APLICAR...</b>
<b>TOTAL HRS. REALIZADAS</b>	<b>34</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 **abril de 2024**.

Villa Alegre, mayo de 2024.

  
 Firma y Timbre  
 Vº Bº Profesional a cargo

  
 Firma y Timbre  
 Analista Recursos Externos  
 CONVENIOS

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

