

IDENTIFICACION DEL PRESTADOR DE SERVICIOS

INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Quien suscribe, **PAULINA ZAPATA CIFUENTES, COORDINADORA CECOSF LOMA DE LAS TORTILLAS, de Villa Alegre,** certifica que el Servidor Público que se indica a continuación, ha desempeñado satisfactoriamente sus actividades correspondientes al mes de **AGOSTO de 2024.**

NOMBRE Y CARGO		ACTIVIDAD	
- Gustavo Enrique Medina Padilla, Médico Cirujano.		→ Médico Cirujano, de acuerdo a las prestaciones e indicaciones que señala el CONVENIO "Programa de Continuidad de Cuidados Preventivos y Tratamientos en APS, COMPNENTE N° 2 Salud Cardiovascular" 2024; en EXTENSIÓN HORARIA (3 horas semanales).	
		- DESCUENTO A APLICAR...	
TOTAL HRS X MES	12	TOTAL DÍAS TRABAJADOS	4
MONTO BRUTO			

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

Villa Alegre, septiembre de 2024.

Firma y Timbre
Analista Recursos Externos

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

