

INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Quien suscribe, **Anyela Antonieta Morales Herrera, Directora Departamento Comunal de Salud, V. alegre**, certifica que el Servidor Público que se indica a continuación, ha desempeñado satisfactoriamente sus actividades correspondientes al mes de **agosto y octubre de 2024**.

NOMBRE Y CARGO		ACTIVIDAD
- Sonya Patricia Isabel Coñtreras González, Técnico en Enfermería de Nivel Superior.	LM	> T. E. N. S. de turno para Convenio "Servicio de Atención Primaria de urgencias de alta resolución S. A. R."
		DESCUENTO POR ATRASOS
		ABONO COMPIN
TOTAL DÍAS TRABAJADOS	LM	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 de **agosto y octubre de 2024**.