



INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Quien suscribe **KATHERINE CONTRERAS FARIÑA**, Enfermera coordinadora S.A.R Villa alegre, certifica que el Servidor Público que se indica a continuación, ha desempeñado satisfactoriamente sus actividades correspondientes al mes de **MAYO 2025**.

NOMBRE Y CARGO	ACTIVIDAD	Mes- valor hora-hrs realizadas monto x hrs realizadas
JULIAN SANCHEZ LOPEZ MEDICO DE TURNO	SAR DE VILLA ALEGRE MEDICO DE TURNO	MAYO
	Descuentos y o beneficios aplicar	No aplica
HORAS TRABAJADAS	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 **MAYO 2025**.

Villa Alegre, septiembre de 2025.

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

