



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 **Julio de 2025**

NOMBRE Y CARGO		ACTIVIDAD	Mes- valor hora-hrs realizadas monto x hrs realizadas
NOMBRE Y APELLIDO Nury Paola Arias Leon CARGO Medico Cirujano		FUNCIÓN QUE REALIZA EN SAR DE VILLA ALEGRE. Atención Médica de pacientes que consultan a Sar Villa Alegre.	MES A COBRAR Julio \$VALOR HORA 23.000 X 12 horas CANTIDAD DE HORAS \$276.000 TOTAL
		Descuentos y o beneficios aplicar INFORMAR CANTIDAD DE HORAS (EN CASO QUE TUVIERA DESCUENTOS)	\$TOTAL DESCUENTOS
HORAS TRABAJADAS	12	MONTO BRUTO \$ 276.000	\$TOTAL MES A COBRAR MENOS LOS DESCUENTOS (EN CASO QUE TUVIERA)

Lo anterior en virtud de dar curso al pago de sus honorarios por concepto de contrato de prestación de servicios por el mes de Julio del **2025**

Villa Alegre, Octubre de 2025.

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



AVDA. FRANCISCO ANTONIO ENCINA N° 141
Fon: 7 2-381 122/732-381533/732-382163
Correo Electronico: rnhhsalud.valegre@hotmail.com