

## INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Quien suscribe **KATHERINNE 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 MARZO, ABRIL, MAYO, JUNIO, JULIO Y AGOSTO de 2025

NOMBRE Y CARGO	ACTIVIDAD	Mes- valor hora-hrs realizadas monto x hrs realizadas
- CARLOS ALBERTO BRAVO GONZALEZ TENS	FUNCIONES PROPIAS DEL TENS Y RX	
	<b>BONIFICACION POR TOMA DE RX, meses marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto</b>	
<b>HORAS TRABAJADAS</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 MARZO, ABRIL, MAYO, JUNIO, JULIO Y AGOSTO de 2025

Villa Alegre, agosto de 2025.

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