



INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Quien suscribe **KATHERINNE CONTRERAS FARIÑA, Enfermera Coordinadora Sar, Villa alegre**, certifica que el Servidor Público que se indica a continuación, ha desempeñado satisfactoriamente sus actividades correspondientes al mes de **AGOSTO de 2025**

NOMBRE Y CARGO	ACTIVIDAD	VALOR MENSUAL
TOMAS CASANUEVA ARRATIA MEDICO	MEDICO DE TURNO EN SAR DE VILLA ALEGRE	MES A COBRAR
	Descuentos y o beneficios aplicar INFORMAR CANTIDAD DE HORAS (EN CASO QUE TUVIERA DESCUENTOS)	\$TOTAL DESCUENTOS 0
HRS TRABAJADOS	31	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 2025**

Villa Alegre, **AGOSTO** de 2025.

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



AVDA. FRANCISCO ANTONIO ENCINA N° 141
Fono: 752-581422/732-881533/732-582163
Correo Electronico: rrbhs@td.villalegre@hotmail.com