

INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Quien suscribe, **Katherine Andrea Sandra Contreras Fariña, Enfermera, Profesional Encargada Coordinación S. A. R. Villa Alegre, V. Alegre**, certifica que el Servidor Público que se indica a continuación, ha desempeñado satisfactoriamente sus actividades correspondientes al mes de **julio de 2025**.

NOMBRE Y CARGO	ACTIVIDAD	MES – DÍAS – VALOR HORA – HRS REALIZADAS – MONTO X HORAS REALIZADAS
- Luis Pablo Javier Ibarra Sepúlveda, Médico Cirujano.	- MÉDICO CIRUJANO , de acuerdo a las prestaciones e indicaciones que señala el Convenio “ Programa Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución SAR ”, sistema de turnos, valor hora.	julio
	- DESCUENTO...	-\$ 0
TOTAL HORAS REALIZADAS	119	MONTO TOTAL BRUTO

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

Villa Alegre, julio de 2025.


 Firma y Timbre
 Vº Bº Profesional Encargada
Coordinación SAR Villa Alegre


 Firma y Timbre
 Analista Recursos Externos
CONVENIOS

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

