

## 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 **MARZO de 2024**

NOMBRE Y CARGO		ACTIVIDAD	Mes- valor hora-hrs realizadas monto x hrs realizadas
<b>Araceli Navarro</b>	<b>Peredo</b>	<b>Médico cirujano de turno EN SAR DE VILLA ALEGRE</b>	
		<b>Descuentos y o beneficios aplicar</b>	
<b>Médico de turno</b>			
<b>HORAS TRABAJADAS</b>	<b>46</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 2024**

Villa Alegre, **ABRIL** de 2025.

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