

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 **Febrero de 2025**

NOMBRE Y CARGO		ACTIVIDAD	Mes- valor hora-hrs realizadas monto x hrs realizadas
DANIELA BELÉN GONZÁLEZ LEÓN MÉDICO		MÉDICO DE TURNO DE 9HRS DE DIA Y 15HRS NOCHE EN SEMANA HABIL Y DE 12 HRS FIN DE SEMANA SAR VILLA ALEGRE	
		Descuentos y o beneficios aplicar	\$0
HORAS TRABAJADAS	48	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 de Febrero del **2025**

Villa Alegre, **Abril** de 2025.