

INFORME DE CUMPLIMIENTO HORARIO

INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Quien suscribe **Katherine 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 **ABRIL de 2025**

NOMBRE Y CARGO		ACTIVIDAD	Mes- valor hora- hrs realizadas monto x hrs realizadas
FELIPE ANDRES DOMINGUEZ MUÑOZ		-TENS EN SAR DE VILLA ALEGRE.	3
		ASIGNACION DE RAYOS X	1
HORAS TRABAJADAS	2	MONTO BRUTO	1

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

Villa Alegre, ABRIL de 2025.

C: C. Jefe de Recursos Humanos
Jefe de Contabilidad