

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 de **FEBRERO-MARZO-ABRIL 2025**.

NOMBRE Y CARGO		ACTIVIDAD	Mes- valor hora-hrs realizadas monto x hrs realizadas
JULIAN SANCHEZ LOPEZ MEDICO DE TURNO	SAR DE VILLA ALEGRE MEDICO DE TURNO		
	Descuentos y o beneficios aplicar		No aplica
HORAS TRABAJADAS		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 **FEBRERO-MARZO-ABRIL 2025**.

Villa Alegre, mayo de 2025.