



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 **FEBRERO de 2024**

NOMBRE Y CARGO		ACTIVIDAD	Mes- valor hora-hrs realizadas monto x hrs realizadas
Araceli Navarro	Peredo	Médico cirujano de turno EN SAR DE VILLA ALEGRE	
		Médico de turno	
		Descuentos y o beneficios aplicar 1 hora valor hora	
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 2024**

Villa Alegre, **MARZO** de 2025.

