



## **INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

Quien suscribe **KATHERINNE CONTRERAS FARIÑA, Enfermera Coordinadora Sar, Villa alegre**, certifica que el Servidor Público que se indica a continuación, ha desempeñado satisfactoriamente sus actividades correspondientes al mes de **MARZO de 2025**

| <b>NOMBRE Y CARGO</b>  |                  | <b>ACTIVIDAD</b>  | <b>VALOR MENSUAL</b> |
|------------------------|------------------|---|----------------------|
| <b>FELIPE MUÑOZ</b>    | <b>DOMINGUEZ</b> | <b>TENS DE RAYOS EN SAR DE VILLA ALEGRE</b><br><br>VALOR HORA |                      |
| <b>TENS</b>            |                  | <b>ASIGNACION DE RAYOS</b>                                    |                      |
| <b>DIAS TRABAJADOS</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 2025**

Villa Alegre, **MARZO** de 2025.

