

INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Quien suscribe, **Katherine Andrea Sandra Contreras Fariña, Enfermera, Profesional Encargada Coordinación S. A. R. Villa Alegre, V. alegre**, certifica que el Servidor Público que se indica a continuación, ha desempeñado satisfactoriamente sus actividades correspondientes al mes de **febrero y marzo de 2025**.

NOMBRE Y CARGO	ACTIVIDAD	MES - DÍAS - VALOR HORA - HRS REALIZADAS - MONTO X HORAS REALIZADAS
- Marjorie Scarlette Sepúlveda Salas, Técnico en Enfermería de Nivel Superior.	- Técnico en Enfermería de Nivel Superior , de acuerdo a las prestaciones e indicaciones que señala el Convenio " Programa Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución SAR ", sistema de turnos, valor hora.	
	- DESCUENTO (-1 hora total atrasos mes de febrero)	
TOTAL HORAS REALIZADAS	MONTO TOTAL 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 y marzo de 2025**.



DESAM
Departamento de Salud
Villa Alegre

AVDA. FRANCISCO ANTONIO ENCINA Nº 141
Fon: 732-381422/732-381533/732-382163
Correo Electrónico: rrhlsalud.valegre@hotmail.com