



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

Quien suscribe **Katherinne 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 **Enero de 2025**

<b>NOMBRE Y CARGO</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>Mes- valor hora-hrs realizadas monto x hrs realizadas</b>
<b>DANIELA BELÉN GONZÁLEZ LEÓN</b>	<b>MÉDICO DE TURNO DE 9HRS EN SEMANA HABIL Y DE 12 HRS FIN DE SEMANA SAR VILLA ALEGRE</b>	
<b>MÉDICO</b>	<b>Descuentos y o beneficios aplicar</b>	<b>\$0</b>
<b>HORAS TRABAJADAS</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 de Enero del **2025**

Villa Alegre, **Febrero** de 2025.

