

## INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Quien suscribe **Katherinne Contreras Fariñas, 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**

| NOMBRE Y CARGO  | ACTIVIDAD                                | Mes- valor hora-hrs realizadas monto x hrs realizadas |
|---|--|---|
| <b>Enzo Cristóbal Sepúlveda Villalobos</b><br><br><b>Medico</b> | <b>MEDICO EN SAR DE VILLA ALEGRE</b>     | <b>ENERO</b>  |
|   | <b>Descuentos y o beneficios aplicar</b> | <b>\$</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 **Enero 2025**

Villa Alegre, FEBRERO de 2025.