

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 de septiembre, octubre, noviembre y diciembre **de 2025**

NOMBRE Y CARGO	ACTIVIDAD	Mes- valor hora-hrs realizadas monto x hrs realizadas
- CARLOS ALBERTO BRAVO GONZALEZ TENS	FUNCIONES PROPIAS DEL TENS Y RX 3 HORAS DICIEMBRE	
	BONIFICACION POR TOMA DE RX, meses septiembre, octubre, noviembre y diciembre	
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 septiembre, octubre, noviembre, diciembre **de 2025**

Villa Alegre, diciembre de 2025.

C. C. Jefe de Recursos Humanos
Jefe de Contabilidad
Archivo