

INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Quien suscribe, **Daniela Ivonne Sánchez Troncoso, Profesional encargada Unidad Dental en CESFAM Jorge Del Campo Amaro de Villa Alegre, V. alegre,** certifica que el Servidor Público que se indica a continuación, ha desempeñado satisfactoriamente sus actividades correspondientes al mes de **abril, mayo y junio de 2024.**

NOMBRE Y CARGO		ACTIVIDAD
-	Jocellyn Johanna Olaté Soto, Técnica Laboratorista Dental.	- Técnica laboratorista dental, de acuerdo a lo definido por el presente PROGRAMA ODONTOLÓGICO INTEGRAL, Componente N° 3, Atención odontológico integral a estudiantes de enseñanza media y/o su equivalente.
		- DESCUENTO _____
TOTAL DÍAS TRABAJADOS	90	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 abril, mayo y junio de 2024.**

Villa Alegre, junio de 2024.

Dra. Angélica Rojas López
 Cirujana Dentista
 RUT: 16.781.018-1
 REG-SIS N° 72968
 V° B° Profesional a cargo

Dra. Daniela Sánchez T.
 CIRUJANO DENTISTA
 RUN: 16.003.088-7
 REG-SIS N° 23611

 Firma y Timbre
 Profesional Encargado(a) Unidad Dental

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

