



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 **Julio de 2024.**

NOMBRE Y CARGO		ACTIVIDAD
- Jocellyn Johanna Olate 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	30	MONTO TOTAL BRUTO

Lo anterior en virtud de dar curso al pago de sus honora contrato de prestación de servicios por el **Julio de 2024.**

Villa Alegre, Julio de 2024.

Dra. Angélica Rojas López
Cirujana Dentista
Rut.: 18.781.019-1
~~REG. SIS N° 729068~~
Firma y Timbre
Vº Bº Profesional a cargo

Dra. Daniela Sánchez T.
CIRUJANO DENTISTA
RUT: 16.000.088-7
REG-SIS N° 123671
Firma y Timbre
Profesional Encargado(a) Unidad Dental

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

