

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 **Septiembre 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° 4, Atención odontológico integral a beneficiarios del Prog. De atención en domicilio a pacientes con dependencia severa y sus cuidadores.
		DESCUENTO _____
TOTAL DÍAS TRABAJADOS	30	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 **Septiembre de 2024.**

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

