



## **INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

Quien suscribe **Daniela Ivonne Sánchez Troncoso, Cirujana Dentista Encargada Equipo Dental de CESFAM Jorge Del Campo Amaro, Villa Alegre**, certifica que el Servidor Público que se indica a continuación, ha desempeñado satisfactoriamente sus actividades correspondientes al mes de **Septiembre de 2025**

NOMBRE Y CARGO		ACTIVIDAD	MES – MONTO FIJO MENSUAL DÍAS TRABAJADOS MONTO X DÍAS TRABAJADOS
<b>- Angélica Sofía Rojas López,</b> Cirujana Dentista.		<b>- Cirujana Dentista</b> , de acuerdo a lo definido por el presente PROGRAMA ODONTOLÓGICO INTEGRAL, COMPONENTE N°3 ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL A ESTUDIANTES DE ENSEÑANZA MEDIA Y/O SUS EQUIVALENTES	
		<b>- DESCUENTO</b> _____	
<b>TOTAL DÍAS TRABAJADOS</b>	<b>30</b>	<b>MONTO TOTAL 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 de **Septiembre de 2025**.

Villa Alegre, Septiembre de 2025.-

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



AVDA. FRANCISCO ANTONIO ENCINA N° 141  
Fon: 732-381422/732-381533/732-382163  
Correo Electrónico: rhh@salud.vilage@gmail.com



## **INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

Quien suscribe **Daniela Ivonne Sánchez Troncoso, Cirujana Dentista Encargada Equipo Dental de CESFAM Jorge Del Campo Amaro, Villa alegre**, certifica que el Servidor Público que se indica a continuación, ha desempeñado satisfactoriamente sus actividades correspondientes al mes de **Septiembre de 2025**

NOMBRE Y CARGO		ACTIVIDAD	MES – MONTO FIJO MENSUAL DÍAS TRABAJADOS MONTO X DÍAS TRABAJADOS
<b>- Angélica Sofía Rojas López,</b> Cirujana Dentista.		<b>- Cirujana Dentista</b> , de acuerdo a lo definido por el presente PROGRAMA ODONTOLÓGICO INTEGRAL, COMPONENTE N°4 ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL A BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN DOMICILIO A PACIENTES CON DEPENDENCIA SEVERA Y SUS CUIDADORES	
		<b>- DESCUENTO</b> _____	<b>- \$0</b>
<b>TOTAL DÍAS TRABAJADOS</b>	<b>30</b>	<b>MONTO TOTAL 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 de **Septiembre de 2025**.

Villa Alegre, Septiembre de 2025.-

C: C. Jefe de Recursos Humanos  
Jefe de Contabilidad



AVDA. FRANCISCO ANTONIO ENCINA N° 141  
Fon: 722-381422/722-381533/722-382163  
Correo Electrónico: rhh@salud.villalegre@bota.cl



## INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Quien suscribe **Daniela Ivonne Sánchez Troncoso, Cirujana Dentista Encargada Equipo Dental de CESFAM Jorge Del Campo Amaro, Villa Alegre**, certifica que el Servidor Público que se indica a continuación, ha desempeñado satisfactoriamente sus actividades correspondientes al mes de **Septiembre de 2025**

NOMBRE Y CARGO		ACTIVIDAD	MES – MONTO FIJO MENSUAL DÍAS TRABAJADOS MONTO X DÍAS TRABAJADOS
<b>- Angélica Sofía Rojas López, Cirujana Dentista.</b>		<b>- Cirujana Dentista, de acuerdo a lo definido por el presente PROGRAMA ODONTOLÓGICO SEMBRANDO SONRISAS</b>	
		<b>- DESCUENTO _____</b>	
<b>TOTAL DÍAS TRABAJADOS</b>	<b>30</b>	<b>MONTO TOTAL 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 de **Septiembre de 2025**.

Villa Alegre, Septiembre de 2025.-

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



AVDA. FRANCISCO ANTONIO ENCINA N° 141  
Fono: 732-381422/732-381333/732-382163  
Correo Electrónico: rfh@salud.vilegre@hotmail.com