

FORME 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 **Marzo de 2025**

NOMBRE Y CARGO	ACTIVIDAD	MES - MONTO FIJO MENSUAL DÍAS TRABAJADOS MONTO X DÍAS TRABAJADOS
- Angélica Sofía Rojas López , Cirujana Dentista.	- Cirujana Dentista de apoyo para UNIDAD DENTAL de CESFAM Jorge Del Campo Amaro de Villa Alegre, en extensión horaria (lunes a sábado).	
	- DESCUENTO	- \$0
TOTAL TRABAJADOS	DÍAS	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 **Marzo de 2025**

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



DESAM
Departamento de Salud
Villa Alegre

AVDA. FRANCISCO ANTONIO ENCINA N° 141
Fon: 732-381422/732-381533/732-382163
Correo Electrónico: rrhhsalud.valegre@hotmail.com