

**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL
Y RESPALDO DE VISACIÓN
CENTRO ODONTOLÓGICO COMUNITARIO
Recoleta**

Nombre: CAMILA ANDREA ORTIZ TRONCOSO

Profesión: TÉCNICO SUPERIOR DE ODONTOLOGÍA (TONS)

RUT::

Yo, CAMILA ANDREA ORTIZ TRONCOSO, informo que en el período comprendido desde el **01 al 31 de Octubre 2024**, realicé las siguientes labores:

● **SEMBRANDO SONRISAS Octubre 2024**

El (La) Director (a) del Establecimiento, certifica que el servidor a honorarios, regularmente sus labores, en el PROGRAMA SEMBRANDO SONRISAS Octubre 2024, establecido en la cláusula primera del convenio de prestación de servicios, entre la Municipalidad de Recoleta y el ejecutante.



Coordinador
Centro Odontológico Comunitario



FIRMA FUNCIONARIO

Recoleta, Octubre 2024