

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL

Nombre: MELANIE PEREIRA SALAZAR

Cargo: TONS

Informo que en el período comprendido desde el **01 al 31 de octubre 2024** realicé las siguientes labores, en el **CESFAM QUINTA BELLA**:

- ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

MELANIE PEREIRA SALAZAR

La Jefatura directa certifica que el (la) Servidor (a) a Honorarios, desarrolló regularmente sus labores en el programa **ODONTOLOGÍA INTEGRAL MAS SONRISAS PARA CHILE, OCTUBRE 2024**. Establecido en la cláusula primera del convenio de prestación de servicios, entre la Municipalidad de Recoleta y el ejecutante, Sus servicios son pagados con **Boleta N° __100__**



SR. CESAR FUENTEALBA ROMERO
DIRECTOR(S)
CESFAM QUINTA BELLA