

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

Nombre: CAMILA ANDREA ORTIZ TRONCOSO

Profesión: TÉCNICO SUPERIOR DE ODONTOLOGÍA (TONS)

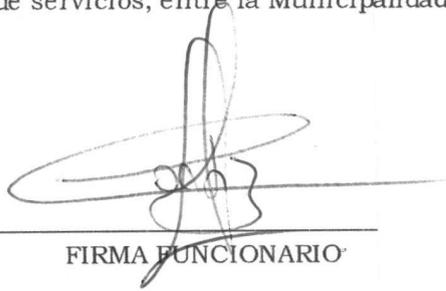
RUT: XXXXXXXXXX

Yo, CAMILA ANDREA ORTIZ TRONCOSO, informo que en el período comprendido desde el **01 al 30 de Noviembre 2024**, realicé las siguientes labores:

● **SEMBRANDO SONRISAS Noviembre 2024**

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

  
\_\_\_\_\_  
Coordinador  
Centro Odontológico Comunitario  
Coordinadora

  
\_\_\_\_\_  
FIRMA FUNCIONARIO

**Recoleta, Noviembre 2024**