

**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL**

**Nombre:** CAMILA ANDREA ORTIZ TRONCOSO

**Cargo:** TÉCNICO SUPERIOR DE ODONTOLOGÍA (TONS)

Informo que en el periodo comprendido desde el **1 al 31 de Enero de 2025** realicé las siguientes labores, en el **Centro Odontológico Comunitario** :

- **SEMBRANDO SONRISAS Enero 2025**



---

CAMILA ANDREA ORTIZ TRONCOSO

La Jefatura directa certifica que el (la) Servidor (a) a Honorarios, desarrolló regularmente sus labores en el programa **SEMBRANDO SONRISAS Enero 2025**. 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°175**.



---

MARÍA MACARENA PUYOL WILSON  
COORDINADORA  
CENTRO ODONTOLÓGICO COMUNITARIO  
RECOLETA