


**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y RESPALDO DE VISACIÓN PARA  
PAGO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS A HONORARIO.  
DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL**

**Nombre:** Camila Alvarez Guevara  
**Cargo:** Químico Farmacéutico Farmacia comunitaria  
**Programa/ convenio:** Aporte Municipal


Informó que en el período comprendido **Agosto de 2025**, realicé las siguientes Funciones y/ tareas

- Gestión documental
- Gestión personal Farmacia comunal
- Revisión Facturas, ingresos, egresos de mercadería
- Atención Farmacéutica:
- Atención usuarios
- Despacho de medicamentos
- Despacho medicamentos controlados
- Manejo de valores
  - Recepción y entrega de remesas a empresa de valores
  - Realizar cambio de sencillo a funcionarios

  
(Nombre y firma de prestador)

Establecido en la cláusula primera del convenio de prestación de servicios, entre la CMSM y el ejecutante. Sus servicios son pagados con Boleta N° \_\_\_\_\_

Natalia Donoso Luna  
QUÍMICO FARMACÉUTICO

  
(Nombre, firma y timbre del encargado)