



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


Nombre: CAMILA MEDALLA MORAN

Cargo: ADMINISTRATIVO

Programa/ convenio: PLAN PER CÁPITA

Informó que, en el período comprendido desde el 01 al 31 de agosto 2025, realicé las siguientes Funciones y/ tareas.

- REVISIÓN DE LISTA DE COLEGIOS
- REVISIÓN DE PREVISIÓN Y NUMEROS TELEFONICOS
- OPERATIVOS EN EMPRESAS, COLEGIO Y CONDOMINIOS
- CONTACTO TELEFONICO A FUTUROS POTENCIALES INSCRITOS
- CAPTACIÓN DE NUEVOS INSCRITOS
- INSCRIPCIÓN FONASA Y RAYEN
-
-
-


(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° _____

Katherine Ribot Ojeda

(Nombre, firma y timbre del encargado)