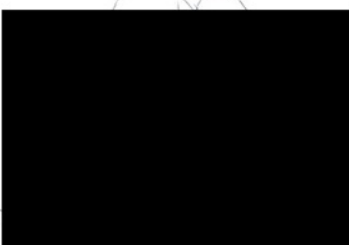


**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y RESPALDO DE VISACIÓN PARA PAGO DE  
PRESTACIÓN DE SERVICIOS A HONORARIO.  
DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL**

Nombre: *Jennifer Sierra Rojas*  
Cargo: *Médico Cx Niños*  
Programa/ convenio: *Resolutividad Atención Primaria Cód 431* ✓

Informó que en el período comprendido desde el *junio* 2025, realicé las  
siguientes Funciones y/ tareas.

- *10 Pacientes de cirugía menor o*
- *pacientes de Císter Barros Luco y Recreo.*
- 
- 
- 
- 
- 
- 

  
(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° *95* *Barros Luco*

  
(Nombre, firma y timbre del encargado)

