



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

**Nombre:** Jennifer Candia Arriagada

**Cargo:** Administrativo

**Programa/ convenio:** Percapita – COD 2.1.1

Informó que en el período comprendido desde el 04 al 28 de Agosto 2025, realicé las siguientes Funciones y/ tareas.

**- Administrativo de Ecografía**

-  
-  
-  
-  
-  
-  
-

[Redacted signature]

(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° 55

[Redacted signature and stamp]  
[Redacted signature]

(Nombre, firma y timbre del encargado)