



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

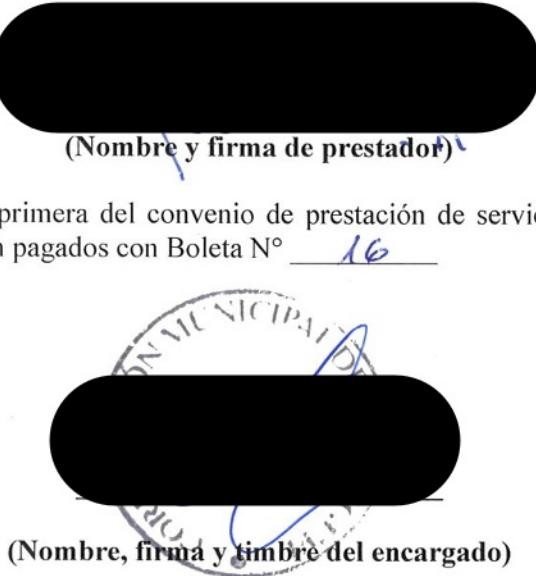
Nombre: *Cortesio Arriagada Garmido*
Cargo: *Mantenimiento*
Programa/ convenio: *Parceipita*

Informó que en el período comprendido desde el 01 - 31 - 08 2025, realicé las siguientes Funciones y/ tareas.

- Reparación de Muebles.
- Confitería
- Electrodomésticos.
-
-
-
-
-
-
-
-

(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° 16



(Nombre, firma y timbre del encargado)