



Corporación
Municipal de
San Miguel
Comuna Familia

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

Nombre: *Miguel solis alvarez*
Cargo: *Administrativo (socne)*
Programa/convenio:

4-41 Programas De salud Prestación 4-41-2 /

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

- Recepción Pacientes
- Horas de Consultorio
- Horas Kine Prestación
- Manejo de horas
-
-
-

(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° 38

(Nombre, firma y timbre del encargado)

