



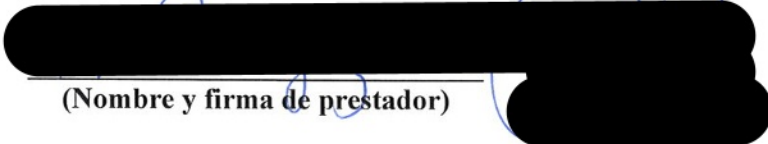
Corporación
Municipal de
San Miguel
Comuna Familia

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

Nombre: *Pedro Rodríguez Onellena*
Cargo: *conductor*
Programa/ convenio: *Percepite*.

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

- *Traslado de funcionarios de Csfm Recreo y Csfm*
- *Borras lucro por programa de acompañamiento*
- *Psicosocial en la atención primaria de salud*
- *y percepite*
-
-
-
-


(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° 57


(Nombre, firma y timbre del encargado)

