


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

Nombre: *Tamara Elgueta López*
Cargo: *Enfermera*
Programa/ convenio: *4.41 Programa de Salud Respiratoria 4.41.2* ✓

Informó que en el período comprendido desde el *1 al 31 Agosto* 2025, realicé las siguientes Funciones y/ tareas.

- *Triage.*
- *CSU*
- *ECG*
- *Procedimiento de Emergencia*
-
-
-
-
-




(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° *34.*

Veronica Lopez


(Nombre, firma y timbre del encargado)