

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

Nombre: *Valentina Mondaca Cerpedes*  
Cargo: *Medica*  
Programa/ convenio: *Percepción - extensión horaria médico* ✓

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

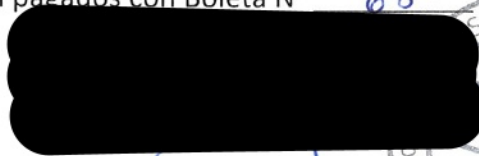
- *Morbilidad médica*

-  
-  
-  
-  
-  
-  
-  
-



(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° *68* ✓



(Nombre, firma y timbre del encargado)

