

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

Nombre: *Veronica Lopez Cavieres*  
Cargo: *Enfermera*  
Programa/ convenio: *4.41 Programa Salud responde 4.41.2.1*

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

- CSV.
- Trabajo FIV.
- Atención de pacientes.
- 
- 
- 
- 

*Veronica Lopez Cavieres*

**(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° 407

**(Nombre, firma y timbre del encargado)**



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

Nombre: *Veronica Lopez Cavieres*  
Cargo: *Enfermera Coordinadora*  
Programa/ convenio: *4.41 Proges Salud Repinhué 4.41.21*

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

*Atene Poli*

-

-

-

-

-

-

-

*Veronica Lopez Cavieres*

**(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° 408

**(Nombre, firma y timbre del encargado)**

