

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

Nombre: Verónica López Cavieres
Cargo: Enfermera
Programa/ convenio: 4.41 Programa Salud Respiratoria 4.41.2.1

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

- CSU.
- Tuberculosis FIV.
- Atención de pacientes.
-
-
-
-
-
-

Verónica López Cavieres

[Firma]
(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

[Firma]
(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: Verónica López Cavieres
Cargo: Enfermera Coordinadora
Programa/ convenio: 4.41 Apoyo Salud Periodismo 4.41.2

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

- Atender Poli
-
-
-
-
-
-
-
-

Verónica López 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)

