

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL

Nombre: **Axel Bustamante Candia**

Cargo: **KINESIOLOGO**

Informo que en el período comprendido desde el **01 al 30 de JUNIO de 2024** realicé las siguientes labores, en el **CESFAM DR. PATRICIO HEVIA**

- Coordinación, planificación y ejecución de talleres a usuarios del programa más adultos mayores autovalentes.
- Realización de ingresos de usuarios a programa más adultos mayores autovalentes.
- Toma de exámenes de medicina preventiva de personas mayores EMPAM

(Nombre y firma del o la colaborador/a a honorarios)

La Jefatura directa certifica que el (la) Servidor (a) a Honorarios, desarrolló regularmente sus labores en el programa **MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES**. Establecido en la cláusula primera del convenio de prestación de servicios, entre la Municipalidad de Recoleta y el ejecutante, Sus servicios son pagados con **Boleta N° 199**



DIRECCION
CESFAM DR. P. HEVIA
RECOLETA

(INDICAR NOMBRE FIRMA Y TIMBRE DE JEFATURA)