

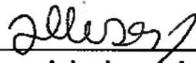
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL

Nombre: Allison Stefania Ramírez Zárate

Cargo: Enfermera

Informo que en el período comprendido desde el **4 al 30 de noviembre de 2024** realicé las siguientes labores, en el **departamento de salud**:

- Control de salud infantil
- Registros en formatos establecidos para cada control
- Control de aspecto físico
- Registro en planilla de consolidación de información



(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 **PILOTO CONTROL DE SALUD DE NIÑO Y NIÑA SANO**. 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°6**.

Paola A. Bascuñán
ENFERMERA

(INDICAR NOMBRE FIRMA Y TIMBRE DE JEFATURA)