

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL

Nombre: Allison Stefania Ramírez Zárate

Cargo: Enfermera

Informo que en el período comprendido desde el **1 al 31 de enero de 2025** 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 **Control de salud del niño y la niña de 5 a 9 años en el establecimiento educacional**. 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°8**.



(INDICAR NOMBRE FIRMA Y TIMBRE DE JEFATURA)