


INFORME MENSUAL ACTIVIDADES MES DE OCTUBRE 2023

1. ANTECEDENTES

Nombre : Paola Andrade Loyola
Cédula de Identidad : 
Lugar de Desempeño : CCRSH
Función establecida en el Contrato : **Médico Gestor**
Fecha que cubre el Informe : **21-09-23 a 20-10-23**

2. INFORME DE ACTIVIDAD MENSUAL

Se adjunta planilla con detalle.



NOMBRE y FIRMA FUNCIONARIO



**NOMBRE Y FIRMA DIRECTOR
CENTRO DE SALUD
C. RAUL SILVA HENRIQUEZ**