

## 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**