


## INFORME MENSUAL ACTIVIDADES MES AGOSTO ✓

### 1. ANTECEDENTES

**Nombre** : Javiera Gallardo Cáceres  
**Cédula de Identidad** :   
**Lugar de Desempeño** : CRSH  
**Función establecida en el Contrato** : MATRONA  
**Fecha que cubre el Informe** : 21 DE JULIO AL 20 DE AGOSTO

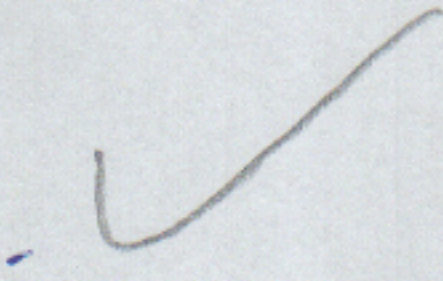
### INFORME DE ACTIVIDAD MENSUAL

**EXTENSION TOMA DE PAP 19/8/2023**

- TOMA DE PAP
- EXAMEN FISICO DE MAMA
- SOLICITUD EXAMEN VDRL

  
**NOMBRE y FIRMA FUNCIONARIO**


Javiera Gallardo  
Cáceres

  
**NOMBRE Y FIRMA DIRECTOR  
CENTRO DE SALUD**



## INFORME MENSUAL ACTIVIDADES MES SEPTIEMBRE

### 1. ANTECEDENTES

**Nombre** : Javiera Gallardo Cáceres  
**Cédula de Identidad** :   
**Lugar de Desempeño** : CRSH  
**Función establecida en el Contrato** : MATRONA  
**Fecha que cubre el Informe** : 21 AGOSTO AL 20 DE SEPTIEMBRE

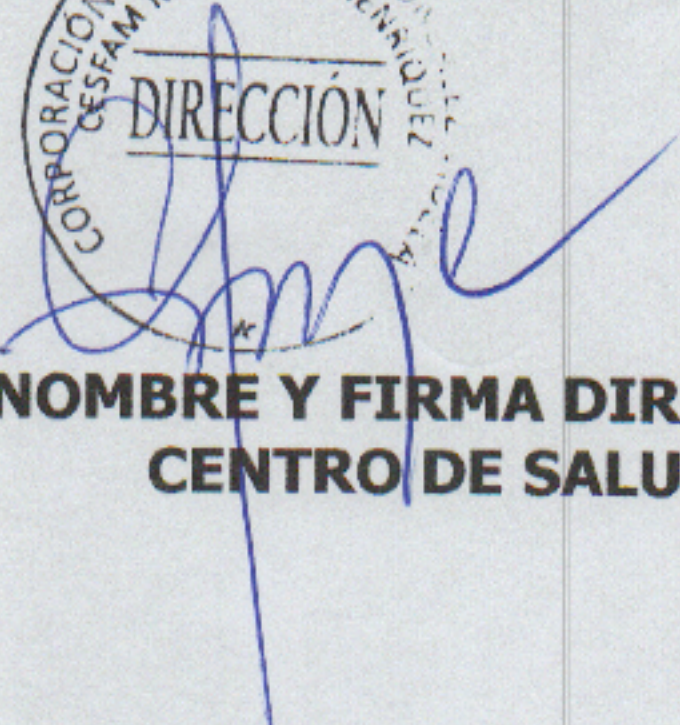
### INFORME DE ACTIVIDAD MENSUAL

**EXTENSION TOMA DE PAP 26/8/2023 Y 9/9/2023**  
-TOMA DE PAP  
- EXAMEN FISICO DE MAMA  
-SOLICITUD EXAMEN VDRL

  
**NOMBRE y FIRMA FUNCIONARIO**

Javiera Gallardo  
Cáceres



  
**NOMBRE Y FIRMA DIRECTOR  
CENTRO DE SALUD**