

**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AÑO 2026.**

Mes	MAYO
------------	-------------

Nombre	NINOSKA ALEJANDRA CABEZAS BENAVENTE
RUT	██████████
Profesión	██████████
Departamento	PROGRAMAS SOCIALES
Programa Social	ATENCIONES AMBULATORIAS DE SALUD 2026-2027
Período del Contrato	01/05/2026 - 30/09/2026
Actividad Genérica	AUXILIAR TÉCNICO COMUNITARIO
Actividad Especifica	REVISIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA.

Actividades efectuadas en el mes:

REVISIÓN NÓMINA TED
REVISIÓN NÓMINA AMBULATORIAS DE SALUD 2026-2027

Firma prestador de los servicios	
----------------------------------	--

