

**INFORME PRESTADOR DE SERVICIOS**

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| Nombre                           | : PAULA FERNANDA COLIPI VIVALLO  |
| RUT                              | : [REDACTED]   |
| Fecha de Inicio                  | : 05/03/2025   |
| Fecha de Término                 | : 31/12/2025   |
| N° y fecha de Decreto Alcaldicio | : N° 1166/ 56 de fecha 09/04/2025  |
| Valor mensual honorarios         | : \$ 581.175   |
| N° y fecha de Boleta             | : N° 14 del 31/10/2025   |
| Financiamiento                   | : PRESUPUESTO DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL / PLAN MEJORAMIENTO APS, AÑO 2025. |

**Descripción específica de las actividades a desarrollar:**

Prestador contratado como: Médico de apoyo al Centro de Salud Familiar Alemania.

Extensión Horaria, Lunes a Viernes, a quien se le pagará por hora efectivamente realizada.

**Actividades específicas que realizó durante el mes informado: OCTUBRE 2025.**

- 1.- Médico de Plan Mejoramiento APS en Extensión Horaria del establecimiento.
- 2.- Contratado para cubrir demanda de pacientes inscritos en el CESFAM Alemania dependiente del Departamento de Salud Municipal de Angol.
- 3.- Ha desempeñado las actividades en forma satisfactoria por cuanto se recomienda su continuidad.
- 4.- Extensión horaria: 06 Hrs. de lunes a viernes en horario de 17:03 a 20:03 Hrs.
- 5.- Fecha: 01,02,06,07,08,09,13,14,15,16,20,22,23,27,28,29,30 de octubre 2025.

Fecha del informe: 30 de Octubre 2025

Valeska Avila Muñoz  
[REDACTED]  
Psicóloga

VALESKA AVILA MUÑOZ  
FIRMA DEL REQUIRENTE (S)



FELIPE ALISTE MUÑOZ  
[REDACTED]

FELIPE ALISTE MUÑOZ  
DIRECTOR CESFAM ALEMANIA

[REDACTED]  
PAULA FERNANDA COLIPI VIVALLO