

**INFORME PRESTADOR DE SERVICIOS**

|  |   |  |
|--|---|--|
| Nombre   | : | FABIOLA EDUVIGES FONSECA MUÑOZ   |
| RUT  | : | [REDACTED]   |
| Fecha de Inicio  | : | 02/06/2025   |
| Fecha de Término   | : | 31/12/2025   |
| N° y fecha de Decreto Alcaldicio                                 | : | N° 2049/79 del 30/06/2025  |
| Valor mensual honorarios   | : | \$ 286.021   |
| N° y fecha de Boleta   | : | N°34 de fecha 31/10/2025   |
| Financiamiento (Identificar Nombre del Convenio si corresponde): | : | <b>Convenio Programa Universalización de la atención primaria de Salud</b> , Componente N°1: Cobertura Universal a prestaciones de la atención primaria, Estrategia: Extensión horaria / Decreto De La Ilustre Municipalidad De Angol N°1337 del 16/05/2025, Resolución Afecta del SSAN N°04 del 17/04/2025. |

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

-Necesidad de contar con apoyo de funciones de auxiliar de servicio en el CESFAM, contribuir a mantener aseo e higiene en cada una de las dependencias, apoyo a Aux de Servicio en horarios extendidos.  
Cumplir con otras funciones asignadas por encargada de convenio atinentes a su rol y función.  
Producto esperado: Pauta de cotejo, se adjunta.  
Medio de Verificación: Informe de prestación de servicios elaborado por responsable de supervisión de las funciones, con resumen de actividades desarrolladas en el mes, Medio de verificación, pauta de cotejo.

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

1. Prestador de servicios especializados de Auxiliar de servicios.
2. Ha desempeñado actividades en forma satisfactoria.
3. Fecha :01 al 31 de octubre 2025.

Fecha del informe: 31 de octubre 2025

  
Valeska Ávila Muñoz  
[REDACTED]  
Psicóloga

**VALESKA ÁVILA MUÑOZ**  
FIRMA DEL REQUIRENTE (S)



  
FELIPE ALISTE MUÑOZ  
[REDACTED]

**FELIPE ALISTE MUÑOZ**  
DIRECTOR CESFAM ALEMANIA

  
FABIOLA EDUVIGES FONSECA MUÑOZ