



## INFORME DE GESTIÓN

**PROGRAMA: MEJOR NIÑEZ**

**NOMBRE: ANA SALOMÉ BARRAZA LÓPEZ**

**CARGO: MÉDICO**

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	FECHA
<ul style="list-style-type: none"><li>- Se realizan prestaciones en box de atención.</li><li>- Evaluación integral de niños/as y adolescentes.</li></ul>	Se realizan reportes de prestaciones en SISMAULE.	02-07-2025 17:00-20:00
<ul style="list-style-type: none"><li>- Se realizan prestaciones en box de atención.</li><li>- Evaluación integral de niños/as y adolescentes.</li></ul>	Se realizan reportes de prestaciones en SISMAULE.	09-07-2025 17:00-20:00
<ul style="list-style-type: none"><li>- Se realizan prestaciones en box de atención.</li><li>- Evaluación integral de niños/as y adolescentes.</li></ul>	Se realizan reportes de prestaciones en SISMAULE.	17-07-2025 17:00-20:00
<ul style="list-style-type: none"><li>- Se realizan prestaciones en box de atención.</li><li>- Evaluación integral de niños/as y adolescentes.</li></ul>	Se realizan reportes de prestaciones en SISMAULE.	30-07-2025 17:00-20:00

\_\_\_\_\_ ANA SALOMÉ BARRAZA LÓPEZ \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PROFESIONAL**

(\*sin Rut ni timbre ni firma, solo el nombre)



**INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

Quien suscribe **IRIS PARRA LAGOS, Coordinadora Ambulatorio Básico** certifica que el Servidor Público que se indica a continuación, ha desempeñado satisfactoriamente sus actividades correspondientes a los meses de **Julio 2025**

NOMBRE Y CARGO	ACTIVIDAD	VALOR HORA Y N° DE HORAS
ANA SALOME BARRAZA LOPEZ  MÉDICO	Brindar atención a los usuarios PAB, Solicitar exámenes pertinentes, Controlar a los usuarios una vez al mes, Participar en reuniones de la mesa terapéutica, cuando sea pertinente, Participar de capacitaciones y reuniones a nivel local y regional, Registro en Ficha clínica.	
<b>MONTO TOTAL BRUTO</b>		
<b>TOTAL HORAS 7</b>		

Lo anterior en virtud de dar curso al pago de sus honorarios por concepto de contrato de prestación de servicios por los meses de **Julio 2025**

Villa Alegre, **JULIO 2025**

V°B° Coordinadora Ambulatorio Básico

**IRIS PARRA LAGOS**  
15.570.178-1  
TRABAJADORA SOCIAL

V°B° Analista Convenios externos

## INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Quien suscribe **JAVIER ESPINOZA URIBE, REFERENTE CONVENIO CAMPAÑA INVIERNO, Villa alegre**, certifica que el Servidor Público que se indica a continuación, ha desempeñado satisfactoriamente sus actividades correspondientes al mes de **JULIO 2025**.

NOMBRE Y CARGO		ACTIVIDAD	VALOR HORA
Ana Salomé Barraza López, Médico Cirujano		MEDICOS EN PROGRAMA CONVENIO CAMPAÑA INVIERNO 2025.	JULIO
			Total \$
		Descuentos y o beneficios aplicar (ejemplo)	\$NO APLICA
HORAS TRABAJADAS	21	MONTO BRUTO	

Lo anterior en virtud de dar curso al pago de sus honorarios por concepto de contrato de prestación de servicios por el mes **JULIO 2025**.



firma y timbre  
Analista convenios externos