|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fundación Ciudad del NiñoAdministración Central | **DOCUMENTO** | **Código** | **F-SGC-095** |
| Página | 1 de 1 |
| INFORME DE GESTIÓN | Revisión | 2 |
| Fecha Rev. | 15.MAY.24 |

**INFORME DE GESTIÓN**

**Nombre del Prestador del Servicio:**

**RUT:**

**Giro:**

**Dirección:**

**Teléfono:**

**Boleta de Honorarios N.º:**

**Fecha(s) de la(s) Prestación(es):**

**Servicio(s) Prestado(s):**

 Santiago, xx de xxxx de 2024.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Director(a) de Programa Prestador de Servicio