

**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y RESPALDO DE VISACIÓN PARA PAGO DE
PRESTACIÓN DE SERVICIOS A HONORARIO.
DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL**

Nombre: *Beatriz Toro G.*

Cargo: *ters.*

Programa/ convenio: *4.41 Programa de Salud Respiratorio 4.41.2. ✓*

Informó que en el período comprendido desde el *01.08 al 31/08* 2025, realicé las siguientes Funciones y/ tareas.

- *Despacho de Medicamentos en unidad de farmacia.*

-
-
-
-
-
-
-
-
-


(Nombre y firma de prestador)

Establecido en la cláusula primera del convenio de prestación de servicios, entre la CMSM y el ejecutante. Sus servicios son pagados con Boleta N° *77* ✓

Verónica López

(Nombre, firma y timbre del encargado)

