



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

Nombre:

Cargo:

Programa/ convenio:

Informó que en el período comprendido desde el Agosto 2025, realizó las siguientes Funciones y/ tareas.

- Extensión Horaria

-

-

-

-

-

-

(Nombre y firma de prestador)

Establecido en la cláusula primera del convenio de prestación de servicios, entre la CSM y el ejecutante. Sus servicios son pagados con Boleta N° 34

(Nombre, firma y timbre del encargado)

