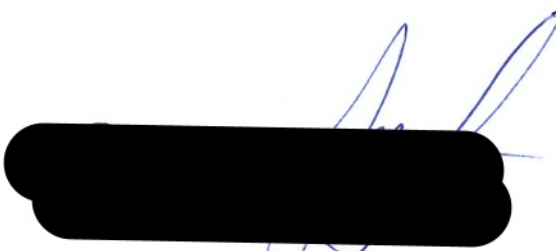


**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y RESPALDO DE VISACIÓN PARA PAGO DE  
PRESTACIÓN DE SERVICIOS A HONORARIO.  
DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL**

Nombre: Daniela Isabel Higuera Canales  
Cargo: Enfermera  
Programa/ convenio: Programa Per capita Cod. 212

Informó que en el período comprendido desde el 01 al 31 de Agosto 2025, realicé las siguientes Funciones y/ tareas. ✓

- Controles de Salud Integral (CSI/CJS/ECICEP/ETRAM)
- Visitas Domiciliarias
- 
- 
- 
- 
- 
- 

  
\_\_\_\_\_  
(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° 20 ✓

  
\_\_\_\_\_  
(Nombre, firma y timbre del encargado)