



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


**Nombre:** Danitza Cortez /

**Cargo:** Enfermera PAD

**Programa/ convenio:** Per capita

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

- Ingresos
- Egresos
- EMPAM
- curaciones
- exámenes
- instalación - cambio - retiro sonda foley
- sondas nasogástrica
- trabajo administrativo
- 

  
(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° 32

  
(Nombre, firma y timbre del encargado)

