

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

**Nombre:** ELIAN VALDEBENITO SANTIBAÑEZ

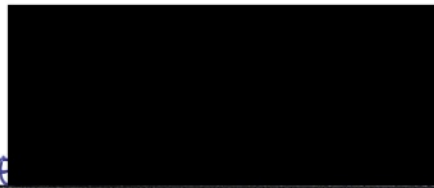
**Cargo:** TECNOLOGO MEDICO OTORRINOLARINGOLOGIA

**Programa/ convenio:**

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

- Consulta Hipoacusia
- Consulta Síndrome Vertiginoso
- Consulta Y Evaluación De Cerumen

-  
-  
-  
-  
-  
-



(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° 9



(Nombre, firma y timbre del encargado)