



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

Nombre: Beth Arigada A.
Cargo: Tutor

Cargo: TENS.

Programa/convenio: *Per capita.*

Informó que en el período comprendido desde el 01-08-2025 AL 31-08- 2025, realicé las siguientes Funciones y/ tareas.

- Unidad Esterilización.
 - traslado pacientes Ambulancia.
 -
 -
 -
 -
 -
 -
 -

(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° 5

(Nombre, firma y timbre del encargado)

