

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

Nombre: *Greth Arigada A.*

Cargo: *TENS.*

Programa/ convenio: *Percepió.*

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)

