

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

Nombre:

*Felipe Andrés Romero Rosas*

Cargo:

*conductor*

Programa/ convenio:

*PONCAPITA*

Informó que en el período comprendido desde el


*11 al 31 de Agosto*

2025, realicé las


siguientes Funciones y/ tareas.

- *Traslado funcionarios*

-  
-  
-  
-  
-  
-  
-  
-  
-  
-

  
(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)