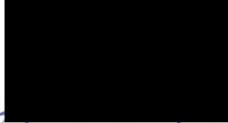


**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y RESPALDO DE VISACIÓN PARA
PAGO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS A HONORARIO.
DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL**

Nombre: Fernanda Salgado Gutierrez
Cargo: Químico Farmacéutico Farmacia comunitaria
Programa/ convenio: Aporte Municipal

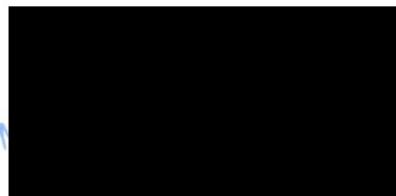
Informó que en el período comprendido **Agosto de 2025**, realicé las siguientes Funciones y/ tareas

- Gestión documental
- Gestión personal Farmacia comunal
- Revisión Facturas, ingresos, egresos de mercadería
- Atención Farmacéutica:
- Atención usuarios
- Despacho de medicamentos
- Despacho medicamentos controlados
- Manejo de valores
 - Recepción y entrega de remesas a empresa de valores
 - Realizar cambio de sencillo a 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° _____



(Nombre, firma y timbre del encargado)