



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

Nombre: **Hector Moreno Lijana**

Cargo: **Administrativo**

Programa/ convenio: **4.41 Programa de Salud Respiratorio 4.41.2**

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

- Registro de llegada
- Citación de pacientes
- AGENDAMIENTO DE PACIENTES.
-
-
-
-
-
-

(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° 16

(Nombre, firma y timbre del encargado)

