

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

Nombre: Hector Raúl Rojas Soto  
Cargo: CONDUCTOR  
Programa/ convenio: \_\_\_\_\_

Informó que en el período comprendido desde el 01 al 31 Agosto 2025, realicé las siguientes Funciones y/ tareas.

TRASLADO DE PERSONAL MEDICO A DOMICILIO  
REPARTO DE LECHE  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(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° 187

\_\_\_\_\_

(Nombre, firma y timbre del encargado)

