


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

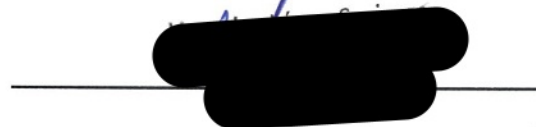
Nombre: *Herman Amos Delino*  
Cargo: *Medico*  
Programa/ convenio: *4.41 Programa de Salud Respiratoria 4.41.2.*

Informó que en el período comprendido desde el 01/8 al 31/8 2025, realicé las siguientes Funciones y/ tareas.

- *Consulta mobilidad Respiratoria*
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

  
(Nombre y firma de prestador) RCM: 728612

Establecido en la cláusula primera del convenio de prestación de servicios, entre la CMSM y el ejecutante. Sus servicios son pagados con Boleta N° 17

  
(Nombre, firma y timbre del encargado)

