

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

**Nombre:** José Carlos Morales

**Cargo:** CONDUCTOR

**Programa/ convenio:** Presupuesto - Per - cápita

Informó que en el período comprendido desde el 1 AL 29 DE AGOSTO 2025,  
realicé las siguientes Funciones y/ tareas.

- Trabajo de Personal A domicilio
- Curaciones, podología
- Visitas médicas
- 
- 
- 
- 
- 

  
(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)