

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

**Nombre:** Maglin Gallardo Moreira

**Cargo:** Tens

**Programa/ convenio:** Percapita

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

- Agendamiento de horas y registro de llegada a pacientes
- Traslado de material sucio a central de esterilización
- Traslado de muestras como PAP o VPH a cesfam
- Asistir a matrona docente y alumnas practicantes
- Coordinación de mi traslado a los distintos puntos de entrega
- Realizar inventario y realizar pedido de insumos para la clínica gine móvil
- informar cualquier imprevisto o desperfecto del móvil con mi jefatura correspondiente
- Preparar el box para la toma de ecografías
- Asistir a matrona ecografista en la digitación



(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° 7



(Nombre, firma y timbre del encargado)