



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

Nombre: Margarita Decar Gonzalez

Cargo: Matrona

**Programa/ convenio: Continuidad de cuidados preventivos y tratamiento en
APS-CACU-MAMAS**

Informó que en el período comprendido desde el _____01-08-2025 al 31-08-2025, realicé las siguientes Funciones y/ tareas.

- Consulta Morbilidad Ginecológica (Toma de PAP)
- Ingreso resultado eco tomografía mamaria
- Ingreso resultado mamografía
- Solicitud eco tomografía mamaria
- Solicitud mamografía

(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° _____53_____

(Nombre, firma y timbre del encargado)