



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

**Nombre: Ramón Muñoz Elgueta**

**Cargo: Matrón Ecografista**

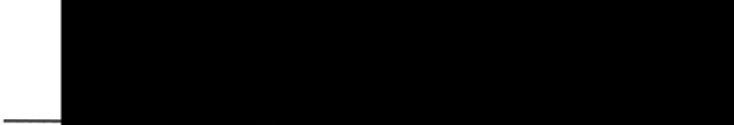
**Programa/ convenio: Clínica ginecológica móvil, 11 horas.**

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

- Ecografías ginecológicas transvaginales
- Ecografías obstétricas precoces
- Ecografías obstétricas Doppler de primer trimestre (11-14 semanas)
- Ecografías obstétricas Doppler de segundo trimestre (22-24 semanas)
- Ecografías obstétricas de tercer trimestre

  
\_\_\_\_\_  
(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° **385**

  
\_\_\_\_\_  
(Nombre, firma y timbre del encargado)