



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

Nombre: *Rodrigo Juárez*  
Cargo: *conductor*  
Programa/ convenio: *Per-Asistencial*

Informó que en el período comprendido desde el 1 al 31 de Agosto 2025, realicé las siguientes Funciones y/ tareas.

- Transportes de Funcionarios del Programa Vida sana y MSS 001
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

  
(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° 23

  
  
(Nombre, firma y timbre del encargado)