



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

Nombre: *VICENTE BERTOYA POZO*

Cargo: *TME/OGNAFIA*

Programa/ convenio: *IMAGENES DIAGNOSTICAS*

Informó que en el período comprendido desde el 01/08 HASTA 31/08 2025, realicé las siguientes Funciones y/ tareas.

- *REALIZO TOMA DE ECOGRAMA ABD*
- *EN HONORARIO DE EXTENSION*
- 
- 
- 
- 

  
(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° 70

  
  
(Nombre, firma y timbre del encargado)