

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

Nombre: VICENTE BERTIDA POZO

Cargo: TMECOGRAFIA

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 ECOGRAFIA ABD  
-  
- EN HOMARIO 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)