



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

Nombre: *Alejandro Rubén Aliaga*  
Cargo: *TOS*  
Programa/ convenio:

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

- Apoyo atención odontológica

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

(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° 192.

*ASL*

(Nombre, firma y timbre del encargado)