

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

Nombre: *Alejandro Cid Barrera*

Cargo: *Medico APS*

Programa/ convenio: *Extensión Honorario / Per. Cepita Agosto 2025*

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

- *Extensión Honorario Per Cepita Agosto 2025*
-
-
-
-
-
-
-

Dr. Alejandro Cid Barrera
General

(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° 97



(Nombre, firma y timbre del encargado)