

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

Nombre: *Alejandro Javier Huircón Manalle*
Cargo: *Tens Farmacia*
Programa/ convenio: *4.41 Programa de Salud Respiratorios 4.41.2* ✓

Informó que en el período comprendido desde el *01/8 - 31/8* 2025, realicé las siguientes Funciones y/ tareas.

- *Entrega de medicamentos en Ventanilla.*
-
-
-
-
-
-
-
-



(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° *14* ✓

1/8 copias

(Nombre, firma y timbre del encargado)