

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

Nombre: *Alvaro Hernan Carpio Nieves*

Cargo: *Enfermero*

Programa/convenio: *Percepción COD 212*

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

*EMDM COMUNITARIO*

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

**(Nombre y firma de prestador)**



**(Nombre, firma y timbre del encargado)**