

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

**Nombre:** Domari Burgos Carrasco

**Cargo:** Enfermera

**Programa/ convenio:** PROGRAMA PERCAPITA COD 212 ✓

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

- CONTROL DE SALUD:
- CONTROL SALUD INFANTIL
- CONTROL ECICEP
- CONTROL JOVEN SANO
- INSULINIZACIÓN
- 
- 
- 
- 



[Redacted signature]

(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° 5 ✓

[Redacted signature]

(Nombre, firma y timbre del encargado)