



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

**Nombre:** Daniel Huaiquimilla Paredes

**Cargo:** Médico

**Programa/ convenio:** Per cápita / Cecosf Atacama

Informó que en el periodo comprendido en el mes de agosto 2025, realicé las siguientes funciones y tareas.

**- Atención de morbilidades**

-

DANIEL HUAQUIMILLA PAREDES

**(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° 6

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

