



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

Nombre: *Dayra Silene Salgados Tapataz*

Cargo: *Médico General*

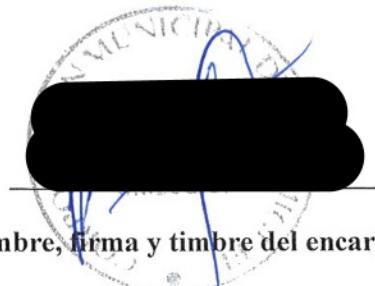
Programa/ convenio: *Percepción COD2.1.1*

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

- *Atención de mobiliadas en Extensión*
- *Horario.*
-
-
-
-
-
-

(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° 33



(Nombre, firma y timbre del encargado)