



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

Nombre: **EVELYN CARASCO QUIKEN**

Cargo: **TEN**

Programa/convenio: **Programa percapita cod 212 ✓**

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

- **Digitado Ecografios**

-

-

-

-

-

-

(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° **48**

(Nombre, firma y timbre del encargado)

