



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

**Nombre:** JONATHAN AVILDE MORA /

**Cargo:** MÉDICO APJ

**Programa/ convenio:** PROGRAMA PESO - CAPITAL COD. 2.1.1.

Informó que en el período comprendido desde el JUNIO 14 ATEJO 2025, realicé las siguientes Funciones y/ tareas.

- MÉDICO APJ EJERCICIO HORARIO (3 HOMS)
- 
- 
- 
- 
- 
- 

**(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° 64

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