

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

Nombre:

Cargo:

Programa/ convenio:

Orque Esteban Osorio Tabares
Ciudadano - dentista
MAAO - Perio donada

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

- Odontologo tratante de programa
- Resolutoria de perio donada
-
-
-
-
-
-
-

[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° 85

[Redacted Signature]
(Nombre, firma y timbre del encargado)

