

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

Nombre: *Joselin Gonzalez /*

Cargo: *Médico*

Programa/ convenio: *Per Capita Cod 2.1.1*

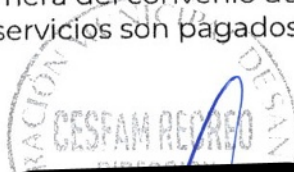
Informó que en el período comprendido desde el 01 al 31 de Agosto de
2025, realicé las siguientes Funciones y/ tareas.

- *Morbilidad extensión horaria*
-
-
-
-
-
-
-

Joselin C. González R

(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° 51



(Nombre, firma y timbre del encargado)