



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

Nombre: *Joselin González*

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
-
-
-
-
-
-
-
-

Mrs. 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)