



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

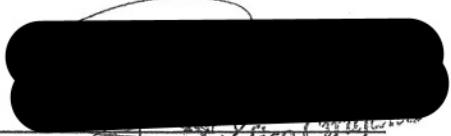
Nombre: Lía Rincón

Cargo: Médico

Programa/ convenio: Percepcite

Informó que en el período comprendido desde el 1 de julio al 31 de julio 2025, realicé las siguientes Funciones y/ tareas.

- Morbilidad
- Elaboración de informes
-
-
-
-
-


(Nombre y firma del 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° 104



(Nombre, firma y timbre del encargado)



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

Nombre: *Lila Rincón Cosanov*

Cargo: *Médico*

Programa/ convenio: *Percepcite*

Informó que en el período comprendido desde el 1/8 al 31/8 2025, realicé las siguientes Funciones y/ tareas.

- Morbilidad
- Extensión Horaria
-
-
-
-
-

(Nombre y firma del 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° 105

(Nombre, firma y timbre del encargado)