


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

Nombre: *Lia Rincón*
Cargo: *Médico*
Programa/ convenio: *Percepción*

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

- *Morbilidads*
- *Extensión hogar*
-
-
-
-
-
-


(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° 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: *Lia Rancón Cosavon*
Cargo: *Médico*
Programa/ convenio: *Peresquite*

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

- *Morbilidads*
- *Extensión homria*
-
-
-
-
-


(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° 105


(Nombre, firma y timbre del encargado)