

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

Nombre: *Marcia Belén Guevara Quilodrán*

Cargo: *Técnico*

Programa/ convenio: *4.41. Programa de Salud Respiratoria 4.41.2.*

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

- Despacho de medicamentos.

-

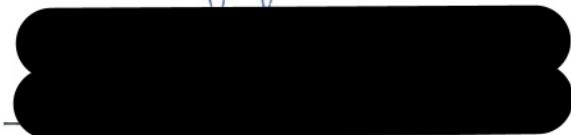
-

-

-

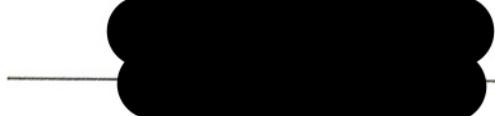
-

○ ○



(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° 431.


(Nombre, firma y timbre del encargado)

