



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

Nombre: *Mariel Espino Goyedo*

Cargo: *Louis*

Programa/ convenio: *photogeo salud bucal 2025 / maaoo 4212*

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

- *Asistir al odontólogo*

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

  
(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° 193

  
(Nombre, firma y timbre del encargado)

