

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

Nombre: *Yvarel Espino Horgado*


Cargo: *Lous*

Programa/ convenio: *estrategia salud bucal 2025 /muas 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)

