



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

Nombre: *María Maravilla*

Cargo: *Arjano Dentista*

Programa/ convenio: *estafazón salud local 2025 / M.A.A.O*

Informó que en el período comprendido desde el 19 al 31 Agosto 2025, realicé las siguientes Funciones y/ tareas.

- *Atención*
- *Reparación*
- *reparación prótesis removibles.*
- *Exámenes.*
-
-
-
-
-



(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° 18




(Nombre, firma y timbre del encargado)